

Sep 22 1947

UNIVERSITY NAVAL MEDICAL

SEP 22 1947

THE UNIVERSITY OF TORONTO
LIBRARIES
HOTEL DE MONTREAL LIBRARY
DEPARTMENT

DIRECTOR - Faculté de Médecine, Université Laval, Québec

UNANOS CAPSULES

INACIONAL

UNANOS
CAPSULES
INACIONAL

UNANOS
CAPSULES
INACIONAL

Sal-Sodium Valor

UN

SPECIFIQUE

DU

RHEUMATISME

L'injection intramusculaire de SAL-IODUM VALOR est non seulement la méthode sûre et délivrante des malaises et les indures; mais encore elle possède dans la plupart des cas bien tolérée par tous les sujets. Elle est le plus sûr et le plus puissant moyen d'obtenir des résultats possibles dans l'administration de tout autre préparations.

Une injection de SAL-IODUM VALOR est à la fois indolore et sans danger, les médicaments étant introduits instantanément dans le courant circulatoire, ne subissent pas l'absorption progressive et de plus fortes doses sont tolérées; leur élimination est rapide et ne cause aucune irritation du filtre rénal.

Il nous suffit de poser sous les yeux du médicament les services que la médecine traditionnelle de SAL-IODUM VALOR est capable de rendre et d'en signaler les bénéfices si grands et si remarquables. C'est au dire d'un grand nombre de cliniciens distingués, la meilleure utilisation dans les cas de rhumatisme aigus et chroniques, dans la Goutte et toutes les formes d'Arthritisme. Pathologie: Une injection (20 c.c.) peut être donnée tous les deux jours, jusqu'à l'assouplissement complet désiré. — Echantillons sur demande.



USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.



LAVAL MÉDICAL

VOL. 12

N° 7

SEPTEMBRE 1947

A l'occasion du Centenaire

du

Collège des Médecins et Chirurgiens

de la province de Québec

1847-1947

La presse médicale d'expression française du Québec a voulu rendre un témoignage unanime d'admiration et de gratitude aux fondateurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec à l'occasion de la célébration du centenaire de cette institution.

En relatant, dans une contribution historique substantielle, les accomplissements que leurs prédécesseurs ont réussis, les collaborateurs du Laval Médical désirent mettre en lumière les hommes et les événements qui ont le plus contribué à l'essor de la profession médicale.

Nous les complimentons vivement pour l'excellence de leur dessein et pour la qualité de leurs essais.

LA RÉDACTION.

Notes historiques (1)

Le premier acte d'incorporation des membres de la profession médicale fut accordé sous le règne de Sa Majesté la reine Victoria, le 28 juillet 1847. Cet acte se lisait comme suit :

« Acte pour incorporer les membres de la profession médicale dans le Bas-Canada et régler l'étude et la pratique de la médecine en icelui ».

177 médecins étaient alors membres réguliers du Collège. Le nombre des gouverneurs était fixé à 36 dont 15 élus par les membres des districts de Québec et de Gaspé ; 15 par les membres du district de Montréal et 6 par ceux des districts de Trois-Rivières et de Saint-François.

Le premier président fut le docteur Daniel Arnoldi.

Plusieurs amendements furent apportés à ce premier acte d'incorporation, notamment en 1850, 1865, 1869, 1871, 1896, 1904, 1909, 1918 et 1927.

En 1909 eut lieu la refonte de la loi médicale et celle-ci porta le nom de « Loi Médicale de Québec ».

En 1927, le droit d'échange de la licence de Québec pour la licence impériale fut aboli.

Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec est le nom corporatif de la profession médicale. C'est un corps public qui comprend tous les médecins enregistrés en cette province.

(1) Extraites du *Recueil des Lois et Règlements essentiels concernant l'exercice de la médecine*, édité par le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, en 1943.

medical

ju
1-7-48

VARIÉTÉS MÉDICALES

LE MÉDECIN AUTREFOIS, AU CANADA

(1534-1847)

par

Sylvio LEBLOND, M.D.

Professeur titulaire de clinique médicale (Université Laval)

La Médecine est vieille comme le monde. Elle en a subi les évolutions et les perturbations. Celles-ci ont permis souvent à la Médecine de se répandre et de s'installer en pays nouveaux. D'autre fois, la Médecine elle-même a favorisé l'évolution scientifique et économique de notre planète.

Au tout début, l'homme primitif, qui cherchait un soulagement à ses maux, utilisait ce que la nature pouvait lui offrir. Bientôt l'apparition de phénomènes inexpliqués et leurs relations avec certains autres, astronomiques ou soi-disant supranaturels, fit naître la Médecine animiste, la Médecine démoniaque, la Médecine rituelle où le rite tenait plus d'importance que le médicament ou le traitement lui-même. Cette Médecine fit la fortune des Asclépiades jusqu'à Hippocrate qui fit de la Médecine pure et la dégagea de sa gangue rituelle. Celle-ci ne se

retrouve plus qu'entre les mains des charlatans, et, Dieu sait, si elle vit encore.

Les Sauvages d'Amérique, du Canada, en particulier, pratiquaient ce genre de médecine rituelle.

La maladie avait une cause naturelle et guérissait par des moyens naturels tels que : potions, bains, etc.

Elle pouvait être d'origine surnaturelle et, alors, elle n'était que la manifestation inassouvie d'un désir de l'âme du patient. Il fallait deviner ce désir et le satisfaire pour que le malade recouvre la santé.

D'autre fois, elle était un sort infligé au pauvre malade par un sorcier ou un jongleur. Le patient était exorcisé par toutes sortes de pratiques rituelles, s'accompagnant de purgations violentes, d'incisions et de succions des parties malades. Sous la direction du Médecin (*Medecine-Man*), on procédait à des sacrifices au Soleil, au Tonnerre, qui finissaient souvent par des orgies ou, finalement, on faisait marcher le malade, oint d'huile de la tête aux pieds, à travers le feu, ou bien on l'enfermait dans des cabanes chauffées pour qu'il transpire abondamment.

Au milieu de toutes ces pratiques on lui administrait force tisanes faites de racines et de baies dont ces jongleurs, sorciers ou médecins connaissaient bien les propriétés et les usages.

Ces médecins n'étaient affublés de ce titre qu'après des études et un entraînement qui, parfois, duraient plusieurs années. Ils devenaient des hommes puissants. On craignait leurs charmes et leurs sortilèges.

Des sociétés secrètes existaient ayant pour but d'initier ces hommes aux pratiques médicales et ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'ils devenaient les médecins de la tribu. Ces hommes avaient des pouvoirs égaux à ceux du prêtre ou *shaman*, et étaient supérieurs aux jongleurs et aux sorciers. Des sociétés secrètes semblables ont existé chez les Algonquins et les Hurons. Ces Indiens connaissaient tout de même l'usage et la valeur des purgatifs, des diurétiques, des vomitifs, de certaines mesures diététiques, des bains et de la transpiration.

Ils savaient traiter le scorbut, et apparemment ils connaissaient cette maladie dont ils devaient souffrir eux-mêmes dans ces climats froids aux hivers longs ; et c'est une infusion d'écorce d'épinette blanche

(*Hemlock spruce*) qui en fit disparaître les manifestations chez les hommes de Cartier qui survécurent à la maladie, en 1535.

Cette plante, appelée *Annedda* par les Indiens, était inconnue des savants de l'époque.

ÉPOQUE FRANÇAISE

Tout vaisseau français qui parcourait les mers au XVI^e siècle avait à son bord un homme capable de soigner les malades et les blessés. Cet homme était habituellement un chirurgien ou un apothicaire. Cartier, à son premier voyage, en 1534, avait à son bord, un apothicaire, François Guitaud, dont on ne connaît que le nom.

Bonnerme accompagnait Champlain à Québec, en 1608. Il était chirurgien, fut incriminé dans un complot attentant à la vie du Fondateur. Exonéré, il mourut l'année suivante du scorbut ou de la dysenterie. Guillaume Deschamps accompagnait Champlain à Port-Royal en 1605-1606, et il pratiqua des autopsies sur des scorbustiques qui n'avaient pu résister à la maladie.

Déjà, l'année précédente, en 1604, on retrouve Louis Hébert, chirurgien et apothicaire, qui, malgré ses soins assidus, vit mourir du scorbut 35 malades à l'île Sainte-Croix. C'est ce même Louis Hébert qu'on retrouvera à Québec, en 1617, bien plus comme pionnier et défricheur que comme chirurgien.

C'était l'époque du grand siècle, en France. La chirurgie n'était encore que le parent pauvre de la médecine. On devenait chirurgien qu'après un stage dans un hôpital où on faisait la besogne que le médecin, dans sa dignité, considérait incompatible avec sa situation : ouvertures d'abcès, incisions, saignées, etc. Le médecin prescrivait, le barbier-chirurgien taillait. On devenait encore chirurgien de père en fils, ou après un apprentissage chez un barbier-chirurgien.

Déjà, en 1268, les chirurgiens, que la Faculté de médecine refusait d'admettre dans son sein, s'étaient unis et avaient formé une École. Laissant de côté les barbiers illétrés, ils s'appelèrent les chirurgiens-barbiers, prétendirent ne plus pratiquer que la chirurgie, et ils fondèrent le Collège de Saint-Côme et Saint-Damien.

En 1371, les deux classes de chirurgiens et barbiers sont réunis, et après de nombreuses luttes, soit entre eux, soit avec la Faculté, on en arrive, au XVI^e siècle, à cette solution : les chirurgiens de Saint-Côme confèrent les grades de barbiers et de barbiers-chirurgiens, mais la Faculté de médecine délègue des représentants aux examens.

Les chirurgiens de Saint-Côme groupaient les savants du métier. Et quand, en 1554, Ambroise Paré, fut admis comme membre du Collège, ce fut malgré une obstruction des maîtres de la Sorbonne qui lui reprochaient d'avoir écrit en français et non en latin, et d'avoir utilisé des mots obscènes.

Cette lutte se continue, acerbe, entre la Faculté de médecine de Paris et le Collège de Saint-Côme. Elle aboutit, au grand siècle, en 1660, au décret du Parlement qui dissout le Collège de Saint-Côme et défend à ses membres de prendre qualités de *bacheliers, licenciés, ou docteurs*.

Ce n'est qu'en 1731, que la Corporation se relèvera dans une apothéose et que le chirurgien de Louis XV, Mareschal, présentera à celui-ci « L'Académie de chirurgie ».

Ce sont ces nombreuses luttes entre médecins et chirurgiens, entre barbiers et chirurgiens-barbiers qui ont fait qu'on vit plus de chirurgiens traverser au Canada que de médecins qui, eux, devaient s'inscrire à une Faculté, en suivre les cours, fréquenter un maître et un hôpital et obtenir un diplôme de docteur.

Ces luttes entre barbiers et chirurgiens-barbiers et l'absence de contrôle qui en est résulté ont fait que des barbiers ignares se sont mis à pratiquer la chirurgie, et, au Canada, la médecine, et que, par contre, des chirurgiens-barbiers instruits sont venus au Canada, et y ont rendu de grands services tant dans leur profession que dans les domaines public et économique.

Robert Giffard, le premier seigneur de la Nouvelle-France était chirurgien. Il était de bonne famille et instruit. Il devint le premier médecin de l'Hôtel-Dieu de Québec, dès la fondation de cet hôpital, en 1639. Il fut cependant bien plus un défricheur terrien, sur sa seigneurie de Beauport, qu'un médecin.

Jean Madry, qui lui succéda à l'Hôtel-Dieu de Québec, à sa mort, en 1668, était venu à Québec avec le titre de « Médecin praticien de la Corporation des chirurgiens-barbiers, lieutenant et commis du sieur de Barnoin, premier barbier du Roy, et maître-barbier-chirurgien dans le pays ». Il devait surveiller la pratique de la chirurgie en Nouvelle-France, en empêcher les abus et fonder une école de Chirurgie. Cette école ne fut jamais fondée. Il eut cependant quelques élèves dont Jean Demosny, qui lui succéda, comme maître-barbier en Canada, et chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Québec, quand il se noya, en 1669.

La Nouvelle-France devint vite un havre où, avec les colons, les trappeurs, les missionnaires, les fonctionnaires et les aventuriers, émigrèrent de nombreux guérisseurs : médecins qualifiés, barbiers-chirurgiens, chirurgiens de toutes sortes, apothicaires, sages-femmes et surtout des charlatans.

La population du pays qui, en 1648, comportait 241 âmes, en comprenait 15,000, en 1698.

Les praticiens de la médecine, à cette époque, se répartissaient comme suit : 36 à Québec ; 34 à Montréal et ses environs ; 8 à Trois-Rivières ; 2 à Sorel ; 1 à Batiscan et les autres à Gaspé, Château-Richer, etc., en tout 96, ce qui faisait environ un praticien pour 1,500 âmes.

Michel Sarrazin qui devait se faire remarquer, au Canada et en France, par sa science médicale, ses découvertes et ses belles descriptions de la flore et la faune canadiennes, vint au Canada en 1685, comme chirurgien. Il retourna en France en 1694, fréquenta l'Université de Paris, et revint, en 1697, docteur en médecine de l'Université de Reims. En 1700, il était nommé Médecin du roi et médecin en charge de tous les hôpitaux de la Nouvelle-France. Il mourut en 1734.

Jean-François Gauthier fut un autre grand nom de la médecine française en Nouvelle-France et, comme Sarrazin, membre correspondant de l'Académie royale des Sciences.

N'importe qui, ayant des prétentions médicales, motivées ou non, pouvait se mettre à la pratique.

Quelques médecins et chirurgiens de bonne tenue eurent de belles clientèles, occupèrent des postes importants. Plusieurs chirurgiens, devenus tels du jour au lendemain, ou après une certaine cléricature

chez un autre chirurgien, un père ou un parent chirurgien, eurent des succès. Des sages-femmes, les unes entraînées en France, et payées par l'État, les autres s'intitulant comme telles, à cause de quelques connaissances pratiques dans un pays où on avait beaucoup d'enfants et où on se mariait jeune, s'occupèrent d'obstétrique.

Des charlatans en grand nombre, des guérisseurs surgirent partout, dans un pays où la loi ne prévoyait aucune sanction contre eux. Les plus célèbres furent Yves Phlem, à Sainte-Anne-de-la-Pérade, et Mme Paris dite la Madeleine, à Québec. A Phlem, la confiance populaire attribuait même des guérisons miraculeuses.

Les hommes réellement qualifiés étaient assez rares, puisqu'en 1691, quand Sarrazin fut nommé chirurgien des troupes, l'édit royal spécifiait qu'il n'y avait alors à Québec que 5 ou 6 chirurgiens. Et pourtant, l'on sait qu'en 1698, soit 7 ans plus tard seulement, il y avait, à Québec même, 36 praticiens de la médecine.

Cette situation émut les autorités et déjà, au temps de Madry et Demosny, le roi de France avait émis une proclamation à l'effet que tout nouveau venu voulant pratiquer la médecine ou la chirurgie devait produire ses qualifications, sinon passer un examen devant le médecin du Roi. C'est ainsi qu'on retrouve la signature de Michel Sarrazin sur les certificats de pratique de l'Irlandais Thimothée Sylvain, de son vrai nom Thimothy O'Sullivan, du frère Pacifique Duplessis (jésuite), et de quelques autres.

En 1710, satisfaisant aux plaintes des médecins de la Nouvelle-France, l'Intendant Radout, proclame « qu'il est défendu à tout étranger, de quelque nationalité qu'il soit, de s'établir au pays pour y pratiquer la médecine, sous peine d'une amende de 50 livres (\$10.) et de confiscation de ses instruments, etc. »

En 1712, Jourdain Lajus, lieutenant du Premier chirurgien du Roi, revient à la charge et demande « qu'on limite à 4 le nombre des chirurgiens à Québec ». Sa demande est refusée. Si on ne laissait pas entrer d'étrangers, on donnait facilement des lettres patentes à des individus qui n'avaient aucune préparation médicale ou chirurgicale, mais qui avaient rendu des services signalés.

Les choses en restent là et la Profession conserve son statut bien aléatoire, quand, en 1750, Bigot proclame « que tout étranger, venant de France ou ailleurs, ne pourra pratiquer la médecine ou soigner les malades sans, au préalable, avoir subi un examen devant le médecin du Roi, à Québec, Montréal, ou Trois-Rivières, en présence du lieutenant-général du district ou son délégué. Une amende de 200 livres (\$40.) sera imposée à celui qui enfreindra à cette loi ».

Avec les mouvements de plus en plus importants des navires qui se faisaient entre la Nouvelle et la Vieille France, beaucoup de chirurgiens de ces navires s'installaient au pays et augmentaient le nombre déjà important de ceux qui y pratiquaient, et très souvent n'en augmentaient pas la qualité. Des étrangers, allemands, autrichiens, irlandais étaient déjà installés au pays comme Thimothée Sylvain à Québec, et de Feltz à Montréal, et on craignait cette invasion étrangère.

Dans les paroisses retirées où il n'y avait pas de médecins, les curés s'occupaient de soigner les malades. Certains prirent leur rôle de guérisseur au sérieux. Cette pratique se continua après la Conquête et on lira dans *Les Mémoires* de Pierre de Sales Laterrière qu'un curé Marcheteau lui faisait une concurrence formidable aux Éboulements, vers la fin du XVIII^e siècle.

A l'époque de la Conquête, la Nouvelle-France était déjà un pays intéressant et prometteur. La population, en 1759, était de 60,000 âmes et plusieurs médecins et chirurgiens qualifiés étaient venus s'y installer. Quelques-uns avaient envoyé leurs fils étudier dans les Universités françaises. Le fils de Michel Sarrazin devenait, comme son père, médecin de l'Université de Reims. Il mourut cependant, en France, en 1739, 5 ans après son père, de la petite vérole.

Antoine-Camille Debonne envoyait son fils Claude prendre ses degrés en Europe. Il revint au Canada, s'y maria et continua la pratique médicale de son père.

On y retrouvait des hommes éminents comme André Arnoux, le chirurgien des armées de Montcalm, Philippe-Louis Badelart, qui fut fait prisonnier à la bataille des plaines d'Abraham par le sergent Fraser de l'armée anglaise et qui devinrent, tous les deux, de grands amis par la suite ; Jean Dubergès de l'Université de Montpellier, espèce d'épicurien

instruit, qui, pendant 40 ans, pratiqua la médecine à Montmagny ; Jacques Dénéchaud, grand bienfaiteur de l'Hôtel-Dieu, dont il fut le chirurgien pendant 21 ans, etc.

APRÈS LA CONQUÊTE

La plupart de ces médecins restèrent au Canada après la conquête, prièrent allégeance aux nouveaux maîtres, continuèrent leur pratique médicale et à rendre service à la colonie.

C'est Badelart qui, en 1785, fut chargé par le gouverneur Haldimand d'aller faire enquête sur le « mal de la Baie ». Son rapport constitue la première publication médicale faite au Canada.

La loi édictée par Bigot en 1750 avait été mise en oubli, et les charlatans, les guérisseurs avaient considérablement augmenté en nombre. Leurs méthodes empiriques et leur ignorance dangereuse donnaient lieu à des protestations. Le Dr Charles Blake, médecin anglais venu au Canada en 1776, avec les troupes, adresse une protestation publique contre les abus du mercure que l'on donnait empiriquement, en certains milieux, et à trop fortes doses aux syphilitiques de la Baie-Saint-Paul et des environs, abus qui avaient amené des accidents et même des mortalités.

Après Badelart, Bowman avait fait un relevé de tous les malades souffrant de ce mal et avait, lui aussi, fait un rapport, en 1786, rapport qu'on peut retrouver à la Bibliothèque du Séminaire de Québec.

Avec Amherst, en 1759, arriva à Québec le Dr Adam Mabane, un écossais d'un grand jugement et d'une grande impartialité. En 1764, il fut créé juge de la Cour du Banc du Roi. La « Justice partout » était son motto et à cause de cela il fut mal vu des Canadiens-français parce qu'il était « anglais », et mal vu des Anglais parce qu'on le croyait trop favorable aux Canadiens français. Il fut licencié du Banc par Sir Guy Carleton qui le trouvait intransigeant, mais réhabilité par le même gouverneur qui finit par apprécier ses hautes qualités.

Les médecins de langue anglaise qui s'établirent au Canada, vinrent au pays, la plupart comme médecins militaires, parfois en passant par les colonies américaines, avant 1776.

Latham, chirurgien du 8^e régiment d'infanterie fut le premier à pratiquer la vaccination jennérienne, en 1768.

Tous ces médecins et chirurgiens possédaient des diplômes des universités européennes, soit de Londres, d'Edimbourg, ou même de Paris tel Jean Macaulay, un irlandais qui avait étudié et pratiqué la médecine en France.

Le Dr Mervin Nooth, que Pierre de Sales Laterrière considère comme le meilleur médecin de la colonie à cette époque (1784), était membre de la Société royale et avait fait de la chirurgie à Halifax et à New-York.

Le Dr Charles Blake, devint un médecin éminent à Montréal et un défenseur de la profession médicale. C'est lui qui, avec le Dr James Fisher, de Québec, réussit à promouvoir l'organisation de la médecine, exposa le danger qu'apportait le nombre croissant d'empiriques et de charlatans dans les campagnes. Ces protestations amenèrent la proclamation de l'Acte de 1788 (*Licensing Act*), par Lord Dorchester.

Cet Acte spécifiait que « personne ne pouvait vendre, distribuer des médicaments pour argent, pratiquer une branche quelconque de la médecine, sans posséder une licence qui lui sera accordée par le gouverneur, sur certificat prouvant qu'il a satisfait aux examens requis, ou sur présentation d'un diplôme venant d'une Université reconnue. La première amende est de £20, la deuxième de £50, la troisième de £100 avec emprisonnement de 3 mois à chaque offense subséquente ».

Déjà, en 1784, la chambre d'Assemblée exigeait un certificat semblable, mais sans sanction. Pierre de Sales Laterrière se présenta devant cette chambre pour obtenir son droit de pratique. Comme il ne pouvait produire les certificats de l'École de Saint-Côme de Paris qu'il affirmait avoir obtenus et perdus, il fut refusé. Il part, alors, pour Boston, s'inscrit à Cambridge, et revient en 1789, avec un diplôme de bachelier en médecine. On ne reconnaît pas ce diplôme. Il se soumet aux examens du comité de Québec et passe haut la main.

Deux comités d'examineurs existaient, un à Québec et un autre à Montréal. Celui de Québec était formé des Drs John Foote, James Fisher, James Davidson et François Lajus (fils de Jourdain).

Cet Acte régit la Profession pendant une trentaine d'années, mais bientôt les dissensions entre les médecins anglais et français le firent rappeler. Il fallut attendre après de nombreuses discussions, et de nombreuses réunions, soit au 10 août 1847, date à laquelle un « Bill pour l'incorporation du Collège des Médecins et Chirurgiens du Bas-Canada » fut présenté en Chambre québécoise, pour que se redresse la situation. Le Dr Daniel Arnaldi en fut élu le premier président à l'unanimité. Il avait été avec les Drs Morrin, Painchaud, Frémont, Sewell, Kimber, Valois et Wolfred Nelson, l'instigateur de cette association.

LES HOPITAUX

Dès 1639 l'Hôtel-Dieu de Québec ouvrait ses portes. Il n'a pas cessé de fonctionner et de s'agrandir depuis, excepté pendant les premières années de l'Occupation (1759-1784) où il servit de baraque pour les soldats anglais.

L'Hôpital Général de Québec fut fondé par Mgr de St-Vallier en 1692. Il devait aider l'Hôtel-Dieu à combattre les épidémies, en particulier les épidémies de variole qui se faisaient fréquentes et mortelles. En 1717, il acceptait des aliénés et devenait plutôt un refuge qu'un hôpital général.

A Montréal, Jeanne Mance fondait l'Hôtel-Dieu dès 1644, et Trois-Rivières avait son hôpital en 1697.

L'Hôpital Général de Montréal, fondé en 1694 par le Fr. François Charron, est devenu, en 1744, un asile d'aliénés.

Ces hôpitaux, où des communautés religieuses se dépensaient sans compter, pourvoyaient aux soins des malades sous la direction des chirurgiens et médecins reconnus et rendaient de grands services surtout en périodes d'épidémies.

Les Indiens avaient été infectés par la variole dès le début de la colonie (1616-1620) et ne s'en étaient jamais départis. On l'appelait la peste indienne. De temps à autre, elle donnait lieu à une épidémie qui décimait à la fois Indiens et Européens.

Pendant l'épidémie de 1702-03, 3,000 moururent à Québec seulement. Dans la grande épidémie de 1755-57, Québec eut jusqu'à 2,500 malades dans ses hôpitaux.

En 1809, Montréal voyait apparaître le *Montreal General Hospital* ouvert à tous les malades sans distinction de race ou de religion. Montréal avait à cette époque une population de 15,000 âmes et le besoin d'hôpitaux se faisait pressant.

En 1823, François Blanchet, gradué du Collège Columbia, de New-York, et von Iffland, donnaient les premiers rudiments de l'enseignement médical à Québec. Les leçons portaient sur la chimie. Avec John Whiteman et quelques autres médecins, ils fondèrent le Dispensaire de Québec où ils donnaient des leçons de chirurgie, de médecine, d'anatomie et de physiologie. Ce dispensaire ne vécut que deux ans faute d'argent.

En 1831, le Dr Douglas (James) prenait charge, avec le Dr Painchaud, de la direction médicale et chirurgicale de l'Hôpital de la Marine et des Émigrés, fondé l'année précédente à Québec et y organisa un enseignement de chirurgie pratique qui « ne le cédait en rien à l'enseignement fait ailleurs sur le Continent ». Cet Hôpital est devenu aujourd'hui l'Hôpital des anciens combattants.

En 1835, les étudiants qui fréquentaient l'Hôpital de la Marine et des Émigrés demandèrent instamment la fondation d'une École de Médecine.

Sir John Dovatt, inspecteur général des Hôpitaux, suggéra que l'Hôtel-Dieu et l'Hôpital de la Marine, formant à eux deux une capacité de 300 lits, s'unissent et fondaient cette école ; le cours serait de 5 ans, les deux dernières années étant faites surtout d'enseignement clinique.

En 1847, cette École devenait légale avec le Dr J. Morrin comme premier président et, en 1852, elle devenait la Faculté de Médecine de Laval et pouvait conférer le degré de Docteur en médecine.

C'est le même Dr Douglas, qui, en 1845, fondait avec les Drs Frémont et Morrin, l'Asile de Beauport.

La Faculté de médecine de McGill ouvrait ses portes officiellement en 1829, mais déjà l'enseignement médical se faisait à Montréal depuis 1822, soit un an avant Québec, par les médecins du *Montreal General Hospital* et les Médecins examinateurs du district de Montréal.

LA VIE DU MÉDECIN D'AUTREFOIS

On peut concevoir la vie du médecin sous le régime français comme étant assez difficile, pour le moins jusqu'à la proclamation de Bigot, en 1750. Travaillant isolés, en lutte constante avec de nombreux charlatans qui pratiquaient une médecine empirique ou rituelle, ne dédaignaient pas l'annonce à grand fracas, et ignoraient toute éthique professionnelle, le pauvre chirurgien et le pauvre médecin devaient, le plus souvent, ajouter à leur métier d'autres moyens de vivre ; ils devenaient terriens, défricheurs ou apothicaires quand ils ne se lançaient pas dans quelque entreprise industrielle où peu ont eu du succès.

Sarrazin perdit presque toute sa maigre fortune dans l'exploitation d'une ardoiserie qu'il possédait sur ses terres de l'Étang, en Gaspésie. Le transport était excessivement coûteux, et le prix de revient de ses ardoises était trop élevé pour concurrencer celui des produits européens.

Pierre de Sales Laterrière alterna la pratique médicale avec la direction des Forges du Saint-Maurice.

Le médecin devait parcourir parfois plusieurs lieues à travers la campagne et la forêt, par des routes impraticables où s'enlisaient cheval et voiture, supporter des tempêtes de neige où il s'exposait à laisser ses os, quand il avait la chance de ne pas rencontrer un Indien à la recherche d'un scalp, et longtemps, au début de la colonie, le fusil faisait partie de l'équipement du médecin comme du défricheur.

La médecine qu'on y pratiquait consistait, comme la médecine française de l'époque, en saignées profuses et répétées, purgations aussi actives, potions, bains, tisanes, sudorifiques, lavements, sel Glauber, alkermès, etc.

Le chirurgien pratiquait, en outre des saignées, des ouvertures d'abcès, des amputations. On raconte que Sarrazin enleva très adroitement une tumeur au sein de la Sœur Barbier de l'Assomption, de Montréal, en 1700.

A cette époque, on mariait des femmes très jeunes et on avait de nombreux enfants. Les moyens de subsistance étaient précaires et les revenus aussi.

Les tarifs médicaux n'étaient pas très élevés. On chargeait 3 livres pour un pansement, 2 livres pour une visite, une livre pour une saignée, un médicament, un clystère. La livre valait environ 20 sous de notre argent, et l'argent monnayé était rare. Vers la fin du XVIII^e siècle on avait créé « la monnaie de cartes » qui n'avait cours qu'au pays. On pouvait donc difficilement se procurer les produits qu'on ne fabriquait pas au Canada.

Ahern cite le cas du Dr Duguay, de Trois-Rivières, qui « le 13 septembre 1707, poursuit devant les tribunaux un Monsieur Carpentier pour recouvrer la somme de 8 livres (\$1.60) pour être allé le visiter à Champlain, lui avoir saigné le pied et lui avoir donné une poudre d'alkermès ».

Il est vrai qu'à cette époque les denrées ne se vendaient pas cher : le bœuf coûtait 3 à 8 sous la livre, une dinde, de 35 à 50 sous, un poulet de 12 à 18 sous.

Avec les années la population augmenta, les communications avec la France devinrent plus faciles, mais la situation économique ne s'améliora pas. Après la Conquête, les relations avec les colonies américaines amenèrent un mouvement plus marqué. La guerre des Colonies contre l'Angleterre fit émigrer au Canada 30,000 Loyalistes, ce qui porta la population du Canada à près de 100,000 habitants.

Les relations reprit par la suite avec les États-Unis, elles se firent intenses entre le Canada et l'Angleterre et les conditions s'améliorèrent. Le médecin put vivre de sa profession. L'Acte de 1788 mit pour un temps un frein aux ambitions des charlatans qui durent payer l'amende ou faire de la prison.

Les tarifs n'étaient pas encore très élevés cependant. Ahern cite encore le cas du Dr Donohue, de Deschambault, qui, en août 1788, visita Pierre Rodrigue à 3 lieues de là, avec cheval et voiture, et chargea 4 shillings de la visite, 2 shillings pour une médecine, 3 shillings pour une médecine purgative et 3 shillings pour un remède contre les vers. Rodrigue trouve la facture trop élevée et refuse de la payer.

Certains d'entre eux acquièrent de la notoriété et ont de grosses clientèles, de gros succès médicaux et financiers. Ce sont eux qui organisent l'enseignement médical, eux, les Drs Arnoldi, Nelson, Morrin,

Blanchet, Painchaud et bien d'autres qui, en 1847, uniront tous les médecins du Bas-Canada sous l'égide du Collège des Médecins et Chirurgiens ouvrant l'ère moderne de la Profession dans la province de Québec.

On ne peut mieux, à mon avis, décrire le médecin du siècle dernier qu'en citant le portrait que fait du Dr Joseph Painchaud le Dr Worthington, de Sherbrooke, qui publiait, en 1897 : *Reminiscences of Student Life and Practice*. Le Dr Painchaud est mort en 1876, à l'âge de 83 ans et avait été longtemps professeur d'obstétrique, des maladies des femmes et des enfants à l'École de médecine de Québec.

« Dr Painchaud lived opposite the Artillery Barracks. He used to do most of his visiting in the city on horseback, and I have a remembrance of only one horse — it was at least sixteen hands high, bay, with a short stub tail, which when the horse was in motion seemed to act as a proper lever ; it went round like an « Archimedes » screw. The horse had evidently been a military charger, he was so thoroughly trained. It has often been a great puzzle to me how the doctor could even get on the outside of such a high horse, but the horse was equal to the occasion.

« The doctor was not above the average height, and inclined to be stout ; he had a kindly smiling face and was resplendent in waistcoats, worn almost as loose as a blouse, of purple or bright scarlet silk, and most exquisitely got up shirt frills. Wellington boots he wore, with his trousers strapped tightly down ; silver spurs and chains ; and in his fob he carried a heavy bunch of seals. When entering a house he drew the reins over the back of the saddle and allowed the horse to roam at his own sweet will. When he came out he called or blew a small whistle, and the horse marched up, got his piece of sugar, wheeled his left side to the sidewalk for the doctor to mount, and off he went prancing, to the great admiration of the small boys. »

BIBLIOGRAPHIE

ABBOTT, Maud E., History of medicine in the province of Québec.
MacMillan, 1931.

MACDERMOT, H. E., History of the Canadian Medical Association
Murray Printing Co., Toronto, 1935.

AHERN, M.-J. et Geo., Notes pour servir à l'histoire de la médecine dans le Bas-Canada, 1923.

VALLÉE, Arthur, Michel Sarrazin, *L.-A. Proulx*, Québec, 1927.

HÆGERTY, J. J., The Romance of medicine in Canada, *The Ryerson Press*, Toronto, 1940.

CASTIGLIONI, A., Histoire de la médecine. Traduction française, *Payot*, Paris, 1931.

LAIGNEL-LAVASTINE *et al.*, Histoire générale de la Médecine. *Albin Michel*, Paris, 1936.

ROY, P.-G., A travers l'Histoire de l'Hôtel-Dieu de Québec, Lévis, 1939.

Pierre DE SALES LATERRIÈRE, Mémoires, Québec, 1873.

Les Annales de l'Hôtel-Dieu de Québec (1636-1716), *Les Presses Garden City*, 1939.

LE PREMIER DEMI-SIÈCLE DE LA PSYCHIATRIE
A QUÉBEC

par

Charles-A. MARTIN, M.D.

(*Clinique Roy-Rousseau, Québec*)

La psychiatrie québécoise a environ le même âge que le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province, si l'on accepte comme sa date de naissance le jour de l'ouverture du premier asile québécois à Beauport le 5 septembre 1845.

Il est remarquable que les personnalités qui présidèrent à sa création furent tous membres du premier comité du collège à titre de Gouverneur : les Drs Douglas, Morrin et Frémont. Le Dr Jos. Painchaud, senior, membre de la première commission de surveillance de l'asile fut élu gouverneur du même bureau en 1847. Le secrétaire de ce premier comité, le Dr von Iffland fut le premier résident à Beauport. Un autre gouverneur, élu à la séance inaugurale du 15 septembre 1847, le Dr J.-E. Landry devait, lui aussi, jouer un rôle éminent dans la destinée de notre premier asile.

Chacun de ces personnages contribua à sa manière à illustrer la profession médicale ; chacun à sa manière fut une grande figure de la bonne société de la capitale et concourut à accroître la renommée d'une institution qui devait être intimement mêlée, d'abord à la vie sociale et

politique de la province, puis à la vie conventuelle et universitaire de la ville de Québec.

J'ai pensé que tracer le portrait des personnages responsables de l'érection de l'Asile de Beauport et de sa conduite ultérieure servirait d'hommage à leur mémoire, en même temps que de jalons pour fixer la caractéristique des époques successives de l'institution.

I — LES LOGES (1715 à 1845)

Pourquoi d'abord ouvrit-on un asile en 1845 ?

Au commencement il n'y avait pas d'asile et les Canadiens faisaient quant même des troubles mentaux. Les exemples de ces égarements abondent dans les écrits d'autrefois. Les uns furent considérés comme des illuminés, d'autres comme des possédés. On fit des exorcismes à l'Hôtel-Dieu. Le Dr Giffard traita au moins une maniaque à son manoir. On en mit en prison, on en exécuta, on en rapatria en France selon un édit du roi ; on en toléra à l'Hôpital Général ou dans le petit hangar de la ferme. Un faux Bénédictin fit du scandale religieux. Plusieurs s'égarèrent ou se firent justice eux-mêmes.

Mgr de St-Vallier, dès son retour d'exil, fut le premier à s'intéresser au sort des plus malheureux. A une date indéterminée, entre 1714 et 1717, il fonda de ses deniers, à l'Hôpital Général, une « maison de force » pour les femmes furieuses ou de mauvaise vie. En 1721, il obtint du Conseil de la Marine une gratification du Roi pour la construction de loges où garder les hommes. Elle fut achevée en 1723, pour accommoder 12 malades en tout.

En 1753, les Sulpiciens obtinrent des Soeurs de la Charité la faveur d'hospitaliser des aliénés à l'Hôpital Général de Montréal.

Le zèle déployé gratuitement par après n'a pas d'histoire.

C'est en 1801 que le gouvernement accepta de se charger des frais d'entretien des malades mentaux du Bas-Canada. A la session, le lieutenant-gouverneur Robert Shore Milnes fit passer un ordre en conseil autorisant un crédit à cette fin. Il nomma une commission spéciale pour surveiller l'administration et faire rapport tous les ans.

La même année, les commissaires passèrent un contrat avec les religieuses de l'Hôpital Général de Québec et de celui de Montréal, qui gardaient encore quelques malades à leurs frais. La construction de loges pour les patients publics fut entreprise et terminée aux deux endroits en 1802. En 1808, l'Hôtel-Dieu de Trois-Rivières consentit à son tour à hospitaliser six malades mentaux aux frais de l'état.

On demande un asile (1810 à 1845) :

C'est en 1810, pour la première fois, que le rapport des commissaires, tout en rendant justice à la bonne volonté des Sœurs, signala la nécessité de l'érection d'un asile pour le traitement rationnel des aliénés, selon les nouvelles modes mises en vogue ici et là à travers le monde. Les commissaires renouvelèrent souvent cette suggestion par la suite.

En 1816, le Dr Hackett, médecin de l'Hôpital Général de Québec, écrivit au gouverneur Sherbrooke pour lui signaler l'opportunité de créer un asile provincial sur le modèle des institutions anglaises.

En 1818, les Sœurs de la Charité de Montréal refusèrent un crédit supplémentaire du gouvernement, pour ne pas s'engager plus à fond dans une situation qu'elles jugeaient déjà déplorable.

En 1823, les instances des Commissaires, renouvelées à un moment où la question des subsides et particulièrement le budget de l'assistance aux aliénés soulevaient une tempête parlementaire, déterminèrent le conseil législatif à nommer une commission, présidée par M. Richardson, pour enquêter sur l'opportunité d'un changement de régime.

La Commission eut beau recommander à son tour l'érection d'un asile, dans son rapport de 1824 ; le lieutenant-gouverneur Burton eut beau attirer l'attention de la Chambre sur cette suggestion à la session de 1825 ; les Sœurs Grises de Montréal eurent beau abandonner le soin des aliénés en 1831 et retourner leurs malades à la prison ; le Nouveau-Brunswick eut beau donner l'exemple en ouvrant le premier asile canadien à Saint-Jean, en 1835 ; l'Ontario eut beau établir le sien en 1841 ; on eut beau taper de tous les marteaux sur le même clou, l'opinion ne se laissa pas distraire et les querelles nationales continuèrent de passer bien avant la santé mentale de la race.

Pour que les fous sortent des loges et des prisons québécoises, il fallait l'intervention d'une demoiselle, venue tout exprès des États-Unis pour faire honte à nos législateurs.

Le gouverneur Charles T. Metcalf arriva à Québec en 1843. Cette année-là, et la suivante, il reçut la visite de Dorothea Lin Dix, américaine, protestante, ex-institutrice, séduisante encore à 41 ans. Restée célibataire à cause de sa tuberculose, elle avait choisi comme objet de son zèle de s'enquérir directement du sort réservé aux aliénés de tous les pays d'Occident, pour se documenter à fond et intervenir personnellement auprès des législateurs et des gouvernants, jusqu'à ce qu'elle ait réussi à leur arracher les réformes qui s'imposaient.

Sa première réussite, en 1843, fut la décision de l'Assemblée générale du Massachusetts d'ériger des asiles convenables, après considération d'un mémoire qu'elle avait présenté et défendu elle-même deux ans de suite devant la Chambre. Elle promena sa ténacité convaincante, à partir de 1841, dans tous les états alors organisés de la république américaine, dans les colonies canadiennes, dans plusieurs pays d'Europe, de l'Écosse à Constantinople. Elle obtint de la reine Victoria une modification de la loi des aliénés et rendit honteux le pape Pie IX lui-même. Le surmenage de sa frêle constitution et son intérêt pour les aliénés durèrent jusqu'à sa mort en 1887, à l'âge de 85 ans.

Dès 1843, elle intéressa énergiquement à son projet le gouverneur et d'autres autorités influentes. Dans son adresse à la Chambre, lors de l'ouverture de la session de 1843, Metcalf s'étendit longuement sur l'urgente nécessité d'améliorer le traitement des aliénés. Mlle Dix présenta un mémoire au Parlement des deux Canadas assemblés. A la même session, l'honorable T. C. Aylwin, solliciteur-général pour le Bas-Canada dans le premier cabinet Baldwin-Lafontaine, un des rares anglais qui se soit porté à la défense des Canadiens-français, petit-fils par sa mère de John Connolly le réformateur des asiles anglais, exprima son intention de présenter un bill pour l'amélioration des conditions et des traitements réservés aux fous. Cependant, à cause de la pression des autres affaires, le bill ne fut pas introduit.

Après la clôture de la session, le gouvernement fit inspecter toutes les maisons accommodant des aliénés internés et fit estimer le coût de

leur maintien et de leur traitement médical dans une institution spécialement aménagée.

A la session suivante, le gouvernement attira encore l'attention de la Chambre sur le même sujet, mais la session fut courte et il fut impossible d'aborder la question.

En 1845, le nombre des aliénés avait augmenté à un tel point que l'établissement d'une institution spéciale était devenu une criante nécessité. Pendant la session de la Cour du Banc de la Reine, au printemps, le grand jury fit un rapport très vêtement sur le sujet indiquant, en termes non mesurés, la disgrâce de la province qui tolérait un pareil état de chose.

En conséquence, Metcalf décida son gouvernement de prendre une décision efficace. Il fallait nécessairement tenir compte de l'état déplorable des finances provinciales et ne pas effaroucher les payeurs de taxes. On décida de faire un essai provisoire, en affirmant par contrat le soin des aliénés à une organisation particulière, qui se chargerait elle-même de procurer le local et les facilités nécessaires et qui accepterait d'appliquer les données nouvelles du traitement moral de la folie. Il ne pouvait être question pour le moment, comme plusieurs le suggéraient déjà, d'engager définitivement le crédit de la province, par la création dispendieuse d'un asile d'état, dans une aventure dont on ignorait les aléas.

Restait à trouver « l'organisation particulière » intéressée à se charger du contrat. Le gouvernement francophobe ne contractait qu'avec des Anglais. D'ailleurs, les médecins anglais étaient en majorité et le crédit des Canadiens-français de la capitale avait été ruiné par les incendies de mai et juin qui avaient consumé les deux tiers de la ville.

Diverses tentatives faites dans le but de procurer aux aliénés un local convenable ayant échoué, le Dr James Douglas alors heureux en affaires accepta d'en prendre charge pour une période de trois ans, avec entente que le Gouvernement leur préparera pendant ce temps un local approprié. On eut recours au Dr Douglas, parce qu'il était un anglais prospère et bien coté, un des chirurgiens les plus en vue et les mieux réputés de Québec. Sa seule contribution à la psychiatrie avait été une conférence devant la Société médicale de Québec : *On delirium tremens*, prononcée le 2 novembre 1829. A quelques membres du gouver-

nement qui l'avaient consulté au sujet du transfèrement des aliénés, il s'était contenté de dire qu'il n'avait jamais vu l'intérieur des couvents et des loges où on gardait les malades, mais qu'il pensait que leurs pensionnaires et particulièrement les fous bénéficiaient de l'abolition du confinement et de traitements si sévères.

On en avait discuté pendant trente-cinq ans, mais enfin Québec aurait son asile et Metcalf put écrire à Mlle Dix pour la féliciter de son intervention.

II — « L'ASILE PROVISOIRE DE BEAUPORT »

(1845 à 1850)

Cet asile serait désigné officiellement sous le nom d'*Asile provisoire de Beauport*.

Avant d'accepter la garde des aliénés, Douglas s'était assuré d'un local convenable dans la paroisse de Beauport. L'ouverture de l'asile à cet endroit fut une conséquence imprévue de la pêche à la truite. Douglas était un sportif. Il tenait de son père, ministre méthodiste, la passion de la pêche à la ligne. Dès son arrivée à Québec, il avait pris l'habitude d'aller lancer la mouche le long de la rivière Montmorency et c'était un homme fidèle à ses habitudes. Même, pour se rapprocher de son champ de pêche, il s'était fait construire, en 1842, une maison de campagne à la Canardière, sur la rive droite de la rivière de la Cabane aux Taupières ; une villa baptisée à l'écosaise du nom de *Glenalla* et bien connue aujourd'hui sous le nom de Sanatorium Mastai.

C'est à partir de *Glenalla* que Douglas rechercha une maison disponible capable de recevoir les aliénés. Il ne chercha pas longtemps. L'année précédente, la Seigneurie de Beauport avait été vendue par le shérif et le colonel Conrad Barthelemy Gugy, principal adversaire de Papineau à la Chambre et dans la rébellion de 1837, avait acheté la maison construite par Robert Giffard, premier médecin résidant en la Colonie.

Gugy avait déjà vendu à Douglas une maison sur la place d'Armes, à 4, rue Saint-Louis et lui avait donné satisfaction. Il offrit à Douglas de lui louer cette propriété qu'il avait baptisée de l'inversion de son

prénom *Darnoc*. Il vantait la position admirable des lieux pour une colonie de ce genre : 200 arpents de terrain ; deux bâtiments de pierre à deux étages, le manoir proprement dit qui pourrait accommoder l'administration et le personnel, et un autre plus à l'est, long de 180 pieds qui pourrait bien abriter 200 malades, etc.

Le bail fut signé pour trois ans et les aliénés seraient logés dans un monument historique, alors la plus vieille maison du Canada. C'est là que le Dr Giffard en 1643 avait reçu de l'Hôtel-Dieu la servante Catherine Chevalier atteinte d'un accès maniaque et l'avait renvoyée guérie. C'est là que Montcalm avait établi ses quartiers généraux lors du siège de Québec. C'est là que les Bostonais avaient fait une descente à l'automne de 1775. C'est chez le voisin qu'était né le colonel Salaberry. Ce manoir fut rasé par l'incendie en 1879.

Les vingt-trois premiers malades arrivèrent de l'Hôpital Général de Québec le 15 septembre 1845. Le 28, il en vint cinquante-deux de la prison de Montréal et, le 5 octobre, sept de l'Hôtel-Dieu de Trois-Rivières.

Douglas n'était pas seul responsable de la garde des aliénés. Dès le début il s'associa deux médecins de Québec, Joseph Morrin et Charles-Jacques Frémont. Chacun était une célébrité et le trio se maintint intact jusqu'en 1860.

Le Dr James Douglas était né en 1800 à Brechin, en Écosse. Il fut élevé dans la religion méthodiste de John Wesley que son père, ministre, connut personnellement. Il étudia la chirurgie avec des maîtres illustres tels que Thomas Law, Robert Liston, Abernethy et Sir Astley Cooper. Même avant de terminer ses études, il s'engagea comme chirurgien sur une baleinière qui atteignit une latitude arctique record pour le temps. Il gradua à Edimbourg, en 1820, et repartit pour l'aventure. Après un voyage d'un an aux Indes, il se rembarqua pour les *Poyal Settlements*, de la *Mosquito Coast*, au Honduras. Là, il faillit mourir d'une fièvre épidémique et fut évacué d'urgence vers Boston. Séduit par la vie américaine, il décida de s'installer à Utica, N. Y., et y maria une demoiselle William, en 1824. Il s'attira bientôt des ennuis graves avec les autorités à cause du résurrectionisme, et dut fuir au Canada en 1826. Il fit tout le voyage en *sleighb* avec sa femme, passa quelques jours à Montréal et arriva à

Québec avec un carillon de grelots, un bel après-midi d'hiver, le 13 mars 1826. Conquis par le charme scénique et social de Québec, Douglas, qui courait le monde depuis des années, vendit son cheval et s'installa à demeure. Il trouva bientôt matière à écouler son enthousiasme parce qu'il arrivait au moment d'un éveil dans l'organisation médicale locale et qu'il emboîta le pas dans tous les mouvements nouveaux.

Dès son arrivée à Québec, Douglas prend figure d'entraîneur. Il se lie d'amitié avec les plus influents de ses confrères, particulièrement l'Écossais Morrin et le Canadien-français Painchaud. Et les initiatives médicales fleurissent tout à coup, comme par enchantement. Tout de suite, il s'affirme comme un chirurgien de première valeur et sa technique impressionne. Il venait à peine de commencer à l'automne une série de cours sur l'anatomie et des dissections dans la cave de sa maison de la côte de la Montagne (où se trouve aujourd'hui l'hôtel *Mountain Hill*), quand le Dr Painchaud vint lui offrir un local attenant à sa résidence de la côte du Palais comme salle de cours et de dissection, à condition d'être admis gratuitement avec son fils, ce qui fut accepté.

En 1826, il n'y avait pas encore d'association médicale à Québec. Le 30 novembre, la première société médicale est fondée, grâce à l'initiative du Dr Morrin. Le même année paraît le premier *Journal de Médecine de Québec* publié et rédigé par le Dr Fr.-Xavier Tessier. Dès l'automne, Douglas se met à l'enseignement de l'anatomie.

Dans l'hiver de 1828 à 1829, il se remettait à peine d'une attaque de typhus, quand sa femme mourut de congestion pulmonaire, lui laissant une toute jeune fille. Il se remaria en 1830 avec Elizabeth Fergusson, qui devait lui donner quatre fils dont deux moururent en bas âge.

Seul à Québec, à cause de ses années d'expérience aux tropiques, il connaissait la terrible menace du choléra. Seul il sut prévoir l'épidémie de 1832. C'est lui qui reconnut les premiers cas et qui institua les premiers traitements. Ceci acheva de consolider sa réputation et sa fortune. Il dut abandonner sa clientèle du port pour répondre aux besoins de ses autres patients.

Justement à l'occasion de la première épidémie de choléra, en 1832, le gouvernement avait décidé la fondation d'un hôpital de la Marine et de l'Immigration sur les bords de la rivière Saint-Charles à l'endroit où

ont existé depuis l'hospice Saint-Charles, l'école d'aviation et, enfin, l'Hôpital des anciens combattants. Lord Aylmer en posa la pierre angulaire et l'édifice fut ouvert en 1834 avant d'être terminé, lors de la deuxième épidémie de choléra. Le Dr Morrin était un des commissaires de l'institution.

En 1837, l'hôpital était dans un état démoralisant. Le directeur médical le Dr Hall venait de mourir, le chirurgien interne faisait une attaque de *delirium tremens*, le pharmacien était très malade. Morrin proposa à Douglas de prendre charge de l'établissement. Ce dernier accepta à condition d'avoir un collègue pour partager les responsabilités. Tout de suite le gouverneur Gosford nomma le Dr Charles Frémont, un grand ami de ses intimes les messieurs Pemberton. Douglas ne connaissait rien de Frémont, jeune médecin fraîchement établi à Québec. Il le refusa comme associé et préféra son vieil ami le Dr Jos. Painchaud assez bien réputé pour prendre charge du Service médical, tandis qu'il se réservait pour lui-même tout le Service chirurgical. Sous la direction de Douglas, l'Hôpital de la Marine et de l'Immigration devint l'école de chirurgie pratique la mieux réputée du continent.

Cet écossais était un colosse redoutable, actif, aventurier, audacieux. C'était un sévère, un méthodique, un rigoureux, un égocentrique. C'était un beau parleur, un conteur d'histoires, un abstème militant, un amateur d'art. Mais c'était avant tout, un lutteur aux poings solides, à la langue caustique, aux idées figées, définitives, granitiques.

Joseph Morrin, né lui aussi en Écosse, en 1792, dans une pauvre famille, suivit ses parents à Québec alors qu'il était très jeune. Il alla compléter à Edimbourg et à Londres les études médicales qu'il avait commencées à Québec. Il fut licencié le 15 juillet 1815 et s'acquit vite une des plus belles clientèles de la ville.

C'était un intellectuel influent et un organisateur habile, activement intéressé aux affaires publiques et mêlé à diverses activités médicales et sociales avec un doigté et une affabilité qui lui méritaient l'amitié de tous.

En 1826, il fut nommé médecin de l'Hôtel-Dieu de Québec et conserva ce poste pendant de nombreuses années. C'est cette année-là

qu'il fonda la première Société médicale de Québec et fut choisi comme président.

En 1831, il fut élu bibliothécaire de la Société littéraire et historique de Québec, fondée par Dalhousie en 1824. Quand fut passée la loi médicale de 1831, il fut choisi, en juillet, comme un des 12 membres du premier bureau d'examinateurs pour le district de Québec. En 1834, quand s'ouvrit l'Hôpital de la Marine et de l'Immigration, il fut nommé à la commission des édifices et à celle des finances. Cette même année, il perdit sa femme qui lui laissait une fille.

L'organisation des cours de médecine à l'Hôpital de la Marine fut une autre de ses œuvres.

En 1845, il refusa tout d'abord l'offre de Douglas de s'associer à lui dans la fondation de l'asile, mais il accepta bientôt quand il réalisa que l'entreprise serait menée sérieusement et sans trop de risques.

Le troisième associé Charles-Jacques Frémont était un Canadien-français qui avait beaucoup d'amis chez les Anglais. C'était un intellectuel pratique, excellent chasseur, mais surtout un habile diplomate. Il naquit à Québec le 17 octobre 1806. Son père, le lieutenant-colonel Charles-Pierre, fut commissaire général des transports militaires, traducteur de la Chambre d'Assemblée et greffier des bills privés. Il se noya à Chamby le 15 novembre 1827.

Charles-Jacques commença ses études au Séminaire de Québec, mais les termina dans une école anglaise de Montréal. C'est chez un médecin anglais de la Métropole, le Dr Stevenson, qu'il fit ses études médicales. Reçu médecin en 1829, il s'installa d'abord à la Pointe-Lévis puis revint à Québec.

Il fut nommé médecin à la Grosse-Ile en 1835.

Quand le gouverneur le choisit comme associé de Douglas dans la réorganisation de l'Hôpital de la Marine, ce dernier se rendit chez lui pour lui donner des explications sur les motifs qui l'avaient amené à refuser sa collaboration. Les manières dignes et conciliantes de Frémont charmèrent si bien l'écossais qu'ils devinrent tout de suite de grands amis et restèrent associés ensuite en toute chose.

Le gouvernement nomma en 1845, une commission d'inspecteurs pour surveiller l'administration de l'asile subventionné par l'état. Le Dr Jos. Painchaud fut un des commissaires. C'était un personnage typique, courtaud, comique, vert dans ses histoires, l'ami de tout le monde, particulièrement de Philippe Aubert de Gaspé qui en parle avantageusement dans ses *Mémoires*.

Ce médecin, drôle et court de jambes, faisait la tournée de ses clients en redingote rouge, à cheval sur un drôle d'animal haut sur pattes et la queue en époussette. Le cheval, débridé, broutait les parterres en attendant que le maître le siffle après la consultation et, présentant toujours le même côté, il enlevait le docteur dans un galop sonore.

Painchaud était la célébrité médicale canadienne-française de la vieille génération, l'ami intime de Morrin et de Douglas. Il avait présenté plusieurs travaux à la Société médicale de Québec sur des sujets de gynécologie et d'obstétrique. Il remplaça Morrin à la présidence en 1830. Il était chef du département médical à l'Hôpital de la Marine depuis 1837. Il y donnait des cours assasonnés de gauloiseries qui amusaient les gens d'esprit et scandalisaient les âmes délicates étranglées dans un sérieux maladif.

Les directeurs de l'asile engagèrent comme intendant un Monsieur Wakeman et confierent le soin médical des aliénés au Dr Antony von Iffland. Ce québécois, né en 1799, d'un mélange de sang allemand et français, commença ses études à l'école anglaise de Québec, étudia la médecine avec un chirurgien militaire, fut licencié le 25 juillet 1818 et alla se perfectionner à Londres, Edimbourg et Paris. Intelligence ouverte à trop de choses, il essaya de tout.

En 1820, il revint à Québec et en 1823 il établit sur la rue de la Fabrique, le premier dispensaire du Canada. Il entreprit en même temps de donner des conférences publiques sur l'anatomie. Les cadavres dont il se servait pour ses démonstrations épouvaient si bien l'opinion québécoise que *va r'nifler* dut aller sentir ailleurs. Il s'établit à Sorel, résidence d'été du Gouverneur Général où, pendant dix ans, il s'intéressa à la politique et aux affaires publiques, où il fut en même temps médecin, magistrat, officier de santé, commissaire du recensement et chirurgien militaire.

En 1832 on le revoit à Québec se multiplier autour des victimes du choléra et patroniser la formation d'une société des étudiants en médecine. Puis il s'en alla en raquettes, avec deux sauvages, passer un an à Gaspé pour essayer en vain de se faire élire député.

De 1836 à 1839 il fut médecin résident à l'Hôpital de la Marine et quitta ce poste pour aller pratiquer la médecine générale à Saint-Michel de Yamaska.

De 1845 à 1849, il s'occupa de la surveillance médicale des aliénés de Beauport. On leur laissa plus de liberté, on leur organisa du travail et des distractions. Le vicaire de Beauport, l'abbé Chiniquy, les visitait. Les registres de la paroisse indiquent que plusieurs moururent « de la rage ». Par contre, plusieurs aussi guériront.

Mais l'asile était loin d'absorber toute l'activité de ses médecins. En 1847, lors d'une épidémie de typhus, Douglas, flairant le bénéfice, s'associa von Iffland pour ouvrir, dans une ancienne brasserie sur la grève de Beauport, un hôpital provisoire pour recevoir les infectés et obtint la création du cimetière Mount Hermon, à Sillery, pour ceux qui ne guérissaient pas. Il fallait bien négliger l'Hôpital de la Marine qui se désorganisait encore.

Morrin se démenait pour l'organisation de la profession médicale. Il tâchait à y intéresser tout le monde ; il assistait à toutes les réunions préliminaires à Québec, à Montréal et à Trois-Rivières. En 1847, lors de la fondation du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province, il fut le gouverneur le plus influent de la région de Québec. Au printemps de cette année-là, il avait fondé, avec l'aide de Frémont, l'École de médecine de Québec. Morrin fut président et, lors de l'inauguration, le 15 mai, Frémont prononça l'adresse d'ouverture. Ce dernier occupait la chaire de chirurgie.

Von Iffland fut secrétaire du premier bureau du collège. Il continuait de collaborer aux journaux médicaux canadiens et américains. Certains articles envoyés au *London Lancet* lui valurent d'être nommé membre correspondant de la Société épidémiologique de Londres.

En 1849 il démissionna à l'asile pour retourner à l'Hôpital de la Marine. En 1851 et 1852 lors de l'enquête Neilson-Macdonnell à cet hôpital, il fut nommé secrétaire de la commission.

En 1852, il quitta sa résidence de Beauport pour aller à la Grosse-Ile comme médecin assistant. En 1867, il abandonna la pratique tout en restant commissaire de l'Hôpital de la Marine. Il mourut en 1876.

III — « QUEBEC LUNATIC AZYLM »

(1850 à 1865)

Le contrat de l'asile provisoire de Beauport, terminé en 1848, avait été assez profitable pour que les associés acceptent de le renouveler pour sept ans sur des bases plus permanentes.

La propriété louée étant devenue trop petite, on avait décidé d'acheter un local plus convenable. Dans le paysage de Glenalla, tout de suite de l'autre côté de la rivière de la Cabane aux Taupières, Douglas convoitait une magnifique propriété, qui avait été longtemps la résidence du juge Amable de Bonne et qui avait servi de prison pour les officiers américains pris dans la guerre de 1812. Dès le renouvellement du contrat, le marché fut conclu. On prit le temps d'ajouter deux ailes et d'aménager l'immeuble pour accommoder 275 lits, avant d'y transférer les 172 pensionnaires en avril 1850.

Le nouvel établissement était situé dans la paroisse de Saint-Roch Nord, près des limites de la paroisse de Beauport, sur le site actuellement occupé par l'Hôpital Saint-Michel-Archange. Il serait désigné officiellement sous le nom de *Quebec Lunatic Azylum*. Mais les Canadiens sont têtus. Comme on disait encore « aller aux loges », on continua pendant très longtemps, dans le public, dans la presse, en politique et même dans les papiers officiels de l'appeler l'asile de Beauport, en souvenir des cinq premières années où l'asile provisoire y fut temporairement à loyer.

Les soins donnés aux malades à la Canardière furent à peu près les mêmes qu'à Beauport, mais on n'engagea pas de médecin résident pour remplacer von Iffland. En février 1854, un incendie ravagea l'aile ouest des femmes. Les 98 malades, toutes saines et sauves, furent logées à l'Hôpital de la Marine, jusqu'au mois de mai suivant, quand elles furent transférées dans une maison de deux étages, située immédiatement à l'est du château de Bonne, louée puis achetée de Monsieur O. L.

Richardson et connue par après sous le nom de *Maison Richardson* ou de *Maison Blanche*. Après la reconstruction, les femmes retournèrent chez elles et la *Maison Blanche* fut affectée à la garde des hommes gâteux.

Le nouvel Asile de Beauport, situé dans la paroisse de Saint-Roch Nord, était un monument qui intéressait les visiteurs et les étrangers. Le prince Napoléon arriva à Québec le 13 septembre 1861 à onze heures du soir. Le lendemain, une salve de 21 coups de canon fut tirée de la terrasse Durham en son honneur. Il visita, dans le cours de la journée, l'Université Laval, le parlement et l'asile de Beauport. Les promeneurs du dimanche et des soirs d'été retournaient leur calèche sur les terrains de l'asile après s'être amusés aux dépens du malheur de leurs semblables. Tous les jeudis, il y avait bal pour les malades, le personnel et des invités de la ville.

Le transfèrement à Québec modifia davantage la vie des médecins propriétaires que cette source de revenu libérait des exigences de la clientèle.

A une réunion médicale, tenue à Trois-Rivières en août 1850, une nouvelle association fut fondée dont Morrin fut élu président, la *British American Medical and Surgical Association*. Déjà bibliothécaire de la Société littéraire et historique de Québec, chargé de la haute surveillance de la Grosse-Ile, gouverneur de l'Hôpital de la Marine, médecin de la prison, conseiller de la ville depuis plusieurs années, le Dr Morrin consacra désormais plus de temps à la politique municipale. Il fut élu maire de Québec par le conseil en 1855 et, le 18 juillet suivant, il posait la pierre angulaire du Monument des Braves sur le chemin de Sainte-Foy. En 1857, il fut réélu maire mais cette fois et pour la première fois par le peuple. Le 25 mai suivant, il signait avec le greffier F.-X. Garneau, au nom des conseillers et des citoyens de Québec, une requête à l'adresse de la reine Victoria demandant qu'elle choisisse Québec comme capitale du Canada et comme siège du futur gouvernement.

Frappé d'hémiplégie en 1860, il vendit ses parts de l'asile à Frémont le 22 septembre et confia l'argent réalisé au ministre Cook, pour fonder à Québec un collège protestant dirigé par le personnel de l'église Saint-André à laquelle il appartenait. Le *Morrin's College* fut établi dans l'ancienne prison de Québec sur la rue Saint-Stanislas. Il consacra aussi

\$2,000. pour fonder le prix Morrin à la Faculté de médecine de l'Université Laval qui les décerne encore aujourd'hui. Puis il mourut le 29 août 1861.

Frémont, à partir de la création de la Faculté de médecine de l'Université Laval en 1853, y consacra une bonne partie de son activité, d'abord comme professeur de chirurgie, s'occupant surtout de l'enseignement clinique et de la création d'un cours de manipulation et de pro-pédeutique.

En 1856, au décès prématuré du Dr Jean Blanchet, premier doyen de la Faculté, le professeur Frémont membre du conseil universitaire fut appelé à le remplacer et il demeure en office jusqu'à sa mort à la satisfaction de tous. Il était encore médecin de la prison et médecin visiteur de l'Hôte-Dieu.

Il était vraiment la providence de sa famille et profitait de toute occasion pour faire une surprise agréable. La première machine à coudre qui entra à Québec fut pour Madame Frémont.

En 1860, il fut délégué par ses concitoyens pour présenter une adresse au Pape Pie IX et fut honoré du titre de Chevalier Commandeur de l'Ordre de Saint-Grégoire-le-Grand.

Après avoir acheté les parts de Morrin à l'asile il pensa à laisser une fortune à ses enfants. Il allait encore à la Canardière tous les jours et presque chaque fois il entrait chez Douglas.

Mais en mai 1862, se sentant faiblir, il se retira dans sa maison de campagne à Beauport, la maison de Salaberry qu'il avait louée. Les remèdes et le repos se montrant inefficaces, il fit un voyage à Sandwich, dans le Haut-Canada, où vivaient ses chers amis les Baby, qu'il visitait annuellement depuis très longtemps. Puis, il finit par accepter la cure de climat que Douglas lui suggérait comme une panacée dont il avait lui-même retiré grand profit : un séjour de deux ans en Égypte.

Il s'embarqua pour Liverpool en octobre. A Londres, il put à peine s'occuper de la Compagnie des Mines dont il était président et qui avait là son principal bureau d'affaires. A Paris, il consulta les sommités médicales de l'époque. Il traversa Lyon, Marseille, se rendit jusqu'à Malte où l'attendait le yacht sur lequel il devait atteindre l'Égypte et

remonter le Nil au cours de l'hiver. A Malte, il se sentit assez mal pour décider de revenir mourir chez lui. Mais le 20 décembre, il mourut en mer sur le *Bobemian* entre Liverpool et Portland. Pour satisfaire aux instances de sa veuve éploreée, son cadavre ne fut pas jeté à la mer comme à l'habitude de l'époque, mais hissé au bout d'un mat pour ne point blesser les craintes superstitieuses des matelots. Le 31 décembre, il fut inhumé au cimetière Saint-Charles de Québec.

Après 1850, avant de perdre ses amis, Douglas était assez riche pour abandonner presque toute pratique médicale.

En 1850, des scandales à l'Hôpital de la Marine amenèrent la démission des commissaires. Les gardes-malades s'en allaient à la décadence ; Painchaud renchérissait sur Rabelais ; le chirurgien résident, Chs-E. Lemieux, méritait la porte ; Marsden se plaignait dans les journaux de l'attitude de Douglas qui l'avait mis dehors à cause d'abus alcooliques, etc. L'enquête du Dr Neilson à l'Hôpital de la Marine en 1851 et 1852 révéla bien des aspérités du caractère de Douglas et le mit en assez mauvaise posture pour l'obliger à se retirer peu après.

Une bronchite chronique le rendit touriste valétudinaire. En 1850, il avait été la soigner en Italie. De 1851 jusqu'en 1865-66, il passa neuf hivers au loin, achetant des collections d'art en Europe, faisant de l'archéologie en Égypte, découvrant des souterrains sous les murs de Jérusalem, etc. *Glenalla* devint un musée hétéroclite. L'Université Laval possède des momies qui appartinrent jadis à Douglas. Des peintures de sa collection sont maintenant exposées au *Metropolitan Museum of Art*, de New York. A l'Hôpital Saint-Michel-Archange, nous conservons de lui un chemin de croix en bas-relief et un tableau représentant un exorcisme. Dans ses serres, il cultivait des plantes exotiques et une vigne prolifique pour épater les visiteurs et consolider les amitiés.

C'était un homme heureux.

Changement de mains (1860 à 1865) :

Avec le début de l'année 1860, les asiles et les prisons des deux Canadas furent placés sous la surveillance d'un bureau d'inspecteurs. A mesure que Joseph Cauchon se débattait à Québec en faveur de la

Confédération et que les Canadiens-français prenaient conscience de leur force, ces derniers s'intéressaient davantage à prendre le contrôle profitable d'une institution subventionnée de leurs deniers et où leurs congénères étaient en grande majorité.

En 1861, on tenta l'expérience d'un asile d'état, à Saint-Jean d'Iberville, dans un établissement pouvant accommoder 75 malades au plus. Ses frais furent trop élevés pour qu'il puisse persister.

La mort de Morrin et de Frémont rendit la position de Douglas de plus en plus précaire. Il avait été intéressé depuis le début pour les trois quarts des parts. Depuis l'achat des actions de Morrin, Frémont était intéressé pour un quart. Le 11 mai 1863, Madame Frémont vendit ses parts au Dr Jean-Étienne Landry, agréable au gouvernement et aussi à Douglas à titre de neveu de son grand ami le Dr Jos. Painchaud.

Pour répondre aux représentations du bureau des inspecteurs on dut se résoudre à engager l'année suivante un médecin résident. On choisit un Canadien-français, le Dr Laurent Catellier, le premier gradué de Laval que l'Université ait envoyé à Paris pour y parfaire ses études. Il devait bientôt s'en aller pratiquer la chirurgie à l'Hôpital de la Marine, pour devenir ensuite professeur, puis doyen de la Faculté et, enfin, médecin de la ville en 1891. Ce raisonnable obstiné devait, au moins dans son esprit, avoir raison jusqu'à sa mort.

Encore en 1864, quand l'intendant Wakeman quitta pour aller ouvrir, sur le chemin Sainte-Foy, la *Belmont Retreat* pour la cure des alcooliques, son remplaçant comme préfet fut un autre Canadien-français, le notaire Clément Vinclette.

Avant de partir pour Londres discuter de la Confédération, Macdonald et Cartier rencontrèrent Douglas et Landry et leur promirent de renouveler le contrat pour dix ans, s'ils voulaient bien construire une deuxième maison pour les hommes parce que les agrandissements de 1862 et 1863 n'étaient pas suffisants. Cette construction fut entreprise en 1864 sur la démolition de la maison Richardson et elle existe encore aujourd'hui, seul vestige de l'incendie de 1939.

En l'absence des ministres, le contrôle des asiles avait été confié à l'honorable William McDougall, mais, en avril 1865, quand vint le

temps de décider les détails du contrat, c'est à Langevin qu'on eut affaire. Ce dernier imposa dans les conditions qu'un médecin visiteur serait nommé par le gouvernement et payé par les propriétaires pour contrôler le Service médical et régler les détails de la conduite de la maison. Douglas voulait refuser mais le Dr François-Elzéar Roy, ami de l'aumônier Bolduc et de Joseph Cauchon fut nommé.

A l'automne, Cauchon vint au bal de l'asile pour rencontrer Douglas mais celui-ci venait de partir pour voyage. Réalisant qu'il n'était pas *persona grata* pour le gouvernement et le clergé, il avait décidé de vendre, après inventaire de Vinclette et, le 3 novembre, il avait donné une procuration à son fils, à cet effet. Le 29 décembre un quart de ses intérêts furent vendus au Dr Landry et une promesse de vente fut consentie pour la demie qui restait. Cauchon avait négocié ouvertement mais ce fut le Dr Roy nouveau médecin visiteur qui signa le contrat. C'est lui aussi qui signa le contrat d'achat le 5 mai 1866. Landry et Roy devenaient propriétaires de l'asile à part égale et le Dr Jackson fut nommé comme médecin visiteur en remplacement du Dr Roy.

Ce qu'on ignorait et ce qui avait, le plus, facilité la transaction, c'est que Douglas était en mauvaises affaires et qu'il devait tout. Depuis quelques années, il avait engagé trop d'argent dans des opérations minières risquées des Cantons de l'Est et sa fortune s'effritait. Maintenant qu'il était privé des conseils financiers de son ami Frémont et que sa grande source de revenu lui était enlevée, son crédit allait s'écrouler.

Pour se distraire de la ruine menaçante, Douglas correspondait avec Chiniquy. C'est lui qui avait converti l'aumônier de l'Hôpital de la Marine à la cause de l'abstinence, un dimanche après-midi qu'il l'avait surpris à boire à l'hôpital en compagnie d'un gardien, à l'encontre d'un règlement formel du docteur. Il l'avait si vertement sermonné qu'il en avait fait du coup un apôtre convaincu de la tempérance. Pour finir de le convaincre et lui fournir des arguments il l'invitait aux autopsies qu'il faisait à l'Hôpital de la Marine et attribuait sans sourciller toutes les lésions rencontrées aux ravages de l'alcool. Il accepta encore de donner une conférence publique en faveur de la cause antialcoolique.

Le 26 février 1875, son domaine de *Glenalla* fut vendu par le shérif à un *trust* qui le revendit au Dr J.-E. Landry, le 18 mai 1877.

Douglas quitta Québec pour aller résider à Phoenixville, Pa., chez son fils Jacques, ancien étudiant en médecine de l'Université Laval, qui avait eu un temps l'intention de faire de la psychiatrie et qui, maintenant, surintendant d'une compagnie métallurgique de la Pennsylvanie, refaisait dans les mines américaines la fortune perdue par son père dans les mines canadiennes.

Aux États-Unis, le Dr Douglas écrivit ses mémoires, se rendit populaire en racontant ses nombreuses aventures et continua de vieillir dans un bonheur paisible. Frappé de paralysie à New-York, le 10 avril 1886, il y mourut le 14 suivant. Il fut inhumé dans le cimetière Mount Hermon, à Sillery, à l'érection duquel il avait contribué lors de l'épidémie de typhus de 1847.

La famille Douglas continua de s'intéresser à la psychiatrie québécoise et fit un don substantiel à l'asile de Verdun en mémoire du premier aliéniste de la province.

IV.— L'ASILE DES ALIÉNÉS DE QUÉBEC

(1865 à 1893)

Les deux nouveaux propriétaires étaient de grandes figures dans la médecine locale. Ils comptaient des amis puissants chez les membres du clergé et dans le groupe conservateur ultramontain. Ceci suffisait pour changer considérablement la physionomie de l'asile passé sous le contrôle des Canadiens français.

Le Dr Jean-Étienne Landry était l'arrière petit-fils d'un Acadien déporté vers la Gaspésie en 1755. Son père Sébastien était né à Carleton, Bonaventure. Sa mère Emérance Painchaud était la sœur de l'abbé Charles-François fondateur du collège de Sainte-Anne-de-la-Pocatière.

Jean-Étienne naquit à Carleton le jour de Noël de l'année de Waterloo. Il fit son cours classique à Sainte-Anne-de-la-Pocatière et ses études médicales à l'Hôpital de la Marine. Il fut reçu médecin le 10 juillet 1840 et licencié le 15, après quatre ans d'études. Il pratiqua quatre ans à Saint-Joseph de Lévis. Revenu à Québec, il servit durant

trois ans à l'Hôpital de la Marine à titre de chirurgien interne, puis pratiqua en ville jusqu'en 1864.

Le 15 octobre 1852, avec Frémont et quelques autres, il fut prié de constituer la nouvelle Faculté de médecine de l'Université Laval. Le 6 décembre, il fut nommé professeur d'anatomie descriptive et de chirurgie. En décembre 1853, on l'envoya en Europe pour se renseigner sur la conduite des cours et se procurer le matériel nécessaire à l'organisation d'un musée et d'une bibliothèque médicale. Il demeura professeur à l'Université pendant un quart de siècle.

En 1847 il fut élu gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens. Il fut le premier Canadien français à devenir président du bureau de 1868 à 1871.

Landry était chirurgien à l'Hôtel-Dieu, médecin des Sœurs Hospitalières, des Ursulines, des religieuses du Bon-Pasteur, consultant chez les Sœurs de la Charité. Il fut longtemps médecin visiteur et chirurgien de l'Hôpital de la Marine. Il fut chirurgien du 24^e et du 11^e régiment de ligne de l'armée anglaise et suivit ses régiments lors de la mobilisation qui précéda le traité d'Ashburton en 1842. Sa réputation médicale était étendue et il passait pour le premier chirurgien canadien-français de marque, spécialiste reconnu pour la lithotritie. Il était membre correspondant de la Société d'anthropologie de Paris et membre honoraire de la Société d'émulation de Louvain.

En 1864, il abandonna sa clientèle de ville.

En 1865, quand renaquit la Société médicale de Québec sous la présidence du Dr Hubert, le Dr Landry fut choisi comme vice-président.

Le Dr François-Elzéar Roy était plus jeune de 22 ans, étant né à Sainte-Anne-de-la-Pocatière le 11 mars 1837.

Sesdeux frères, Louis et Salluste, furent médecins. Un autre de ses frères, Charles-François, ingénieur civil, fut député provincial pour Kamouraska et démissionna en 1877, pour se faire élire comme représentant du même comté à la Chambre des Communes.

François-Elzéar fit ses études classiques à Sainte-Anne-de-la-Pocatière. Il compléta son cours médical à l'Université de Toronto. Studeux et travailleur il mérita les éloges du doyen John Rolph quand il

obtint son doctorat à 21 ans, en juillet 1858. Il revint à Québec comme chirurgien interne à l'Hôpital de la Marine. Chirurgien d'un régiment volontaire en janvier 1862, il fut aussi chirurgien major sous l'administration de lord Lawsdowne. Décidément, la chirurgie était alors l'avenue régulière pour accéder à la psychiatrie. Le Dr Roy n'avait que 28 ans quand il fut nommé, par le gouvernement, médecin visiteur à l'asile des Aliénés de Québec et quand il devint copropriétaire pour la moitié des parts.

Après le départ hâtif du Dr Catellier, le Dr Jean-Magloire Turcotte fut engagé en 1869 pour le remplacer comme médecin résident. Né à Saint-Ours sur Richelieu le 12 mars 1833, seul survivant de trois orphelins, il faillit se noyer à l'âge de 6 ans. Après avoir terminé ses études classiques au collège de Saint-Hyacinthe, il devint le premier bachelier en médecine de l'Université Laval en 1857. Il pratiqua d'abord à Montréal où il tint pharmacie. Ne s'entendant pas avec l'intendant Vinclette, il quitta l'asile en 1872 pour aller pratiquer à Beauport.

Géné, solitaire, affable, père de douze enfants, fatigué de la médecine, il obtint du parlement un emploi au département des Terres et Forêts qu'il conserva jusqu'en 1907. Il mourut dans le silence à 88 ans, le 20 juillet 1921.

Le 2 mai 1872, le Dr Turcotte fut remplacé par le Dr Ulric-Antoine Bélanger, né à l'Islet le 3 mars 1848. Après son cours au Séminaire de Québec, il alla étudier la médecine à l'École de médecine et de chirurgie de Montréal. En mai 1871, il était admis à la pratique avec le titre de docteur en médecine du collège Victoria. Pendant son séjour dans la métropole, il s'était occupé de milice et fut promu en 1869 lieutenant de la Compagnie n° 4 du 61^e bataillon Montmagny-l'Islet ; il fut adjudant en 1870 lors de l'invasion fénienne où son régiment fut appelé en service actif. Il pratiqua un an à l'Islet avant de venir à l'Asile.

Les Drs Landry et Roy conduisirent leur entreprise sérieusement. Ils firent chacun de son côté des voyages pour étudier la situation de la psychiatrie à l'étranger. Ils se procurèrent les ouvrages de base des pionniers de la médecine mentale française. Ils s'abonnèrent aux meil-

leures revues psychiatriques américaines et françaises. Ils firent publier, pour le grand public, leurs rapports annuels, préparés de manière à leur valoir des analyses et des reportages élogieux dans les journaux du bon parti.

L'année de la Confédération, quand la *Canadian Medical Association* fut fondée à l'Université Laval, le 9 octobre, Landry comme vice-président de la Société médicale de Québec fit une réception à l'Asile le lendemain pour les 184 membres et son premier président Charles Tupper.

Le 27 août 1872, le gouverneur Dufferin, de passage à Québec, visita l'asile dans l'après-midi. Il écrivit dans son journal ce bref commentaire: « It appears to be well managed and is very clean ». La même année, Mlle Dorothea Dix fit une dernière visite et se déclara enchantée de l'établissement.

Encore en 1872, lors de la session, une bombe éclata . . . à retardement. On ne s'en était pas aperçu, mais le contrôle canadien-français de l'Asile de Québec avait commencé par un scandale : le scandale Cauchon. C'est Fabre, de l'*Événement*, qui alluma la mèche : le Dr Roy n'était qu'un prête-nom. Le propriétaire réel de l'Asile était le parlementaire roublard le gros Cauchon, que son mandat empêchait de profiter légitimement des revenus d'une institution subventionnée par l'état. L'affaire fut mise au jour à la Chambre par Joly, Fournier, Holton. On ne put empêcher qu'une enquête soit conduite devant le comité des Priviléges et des Élections. Cauchon fut forcé de démissionner. Il se représenta tout simplement dans le même comté et fut élu par acclamation. Des malins prétendirent dans le temps que le Dr Roy aurait profité de la situation. C'était de la calomnie car le Dr Roy était l'intégrité faite homme et j'ai la preuve qu'il remboursa Cauchon avec le temps et en bonnes espèces.

C'est quand même cet incident qui permit à Langevin d'empêcher Cauchon de devenir lieutenant-gouverneur.

Le 4 octobre 1873, le gouvernement signa, avec les Sœurs de la Providence, un premier contrat pour la garde des aliénés de la région de Montréal, parce que l'Asile de Québec était surpeuplé. Depuis 1852, les religieuses de Mère Gamelin gardaient des aliénés par charité.

Tout allait pour le mieux quand, le 29 janvier 1875, à 6 heures 35 du soir, un incendie allumé par une malade se déclara à la maison des femmes. Il y eut 26 pertes de vies et des dommages matériels considérables. L'intendant Vinclette, qui avait la responsabilité de la surveillance de la maison, fut exoneré de tout blâme.

Il ne faudrait pas oublier M. Clément Vinclette, le personnage avec qui l'asile s'identifia le plus à cette période, si bien que dans tout Québec on l'appelait « le bon Dieu des Loges ».

Vinclette était notaire ; il venait de Montréal. C'était un dévot et un homme d'ordre. Grand homme, gai, aimable, entreprenant, imposant, distingué, il était un administrateur consciencieux. Il était sévère pour la propreté. Les gardiens de la maison des hommes dont plusieurs étaient des alcooliques le redoutaient quand ils le voyaient venir en flattant sa grande barbe blanche. Il partageait avec sa femme la surveillance morale de l'établissement et présidait quotidiennement aux offices religieux. Il organisait des séances et surveillait la conduite des gens aux bals rituels du jeudi soir. Il fallait que les employés fassent danser les malades pour obtenir qu'on les laisse danser entre eux. Lors des grandes fêtes et des congés, il y avait des célébrations à l'Asile, de grands déploiements sur le terrain avec feu d'artifice. On en parlait dans les journaux.

Vinclette était un ultramontain convaincu. Dès 1869, pour venir en aide au Pape Pie IX prisonnier, il avait organisé à Québec des loteries et des ventes à l'enchère et il les continua annuellement jusqu'en 1877. A la fin de l'année 1871, il lança l'Œuvre des vieux papiers. Les Chiffonniers du Pape récupéraient le papier de rebut, en retiraient ce qu'ils pouvaient de bénéfices pour les envoyer au Vatican.

En 1876, quand, sous son inspiration, un groupe d'ultramontains fonda le Cercle catholique de Québec, Vinclette fut choisi à l'unanimité comme président. Il y dépensa beaucoup d'activité. Plusieurs œuvres d'inspiration catholique y furent affiliées. Le local du Cercle était situé à Saint-Roch où est maintenant logé l'Hospice Saint-Antoine. Il avait sa devise et son drapeau.

Vinclette correspondait avec les cardinaux ; il connaissait les évêques du monde entier. Pas un ne passait à Québec sans être invité

à l'asile où le Préfet tenait résidence. Il recevait beaucoup et l'on servait l'appéritif à chaque repas. Il avait des entrevues privées avec les délégués du Pape. Il fut créé Chevalier de l'Ordre de Saint-Sylvestre par Pie IX. Sa bibliothèque religieuse faisait l'envie des curés de Québec.

A l'asile on faisait encore de la politique ultramontaine. Des Castors, et Thomas Chapais était du nombre, s'en allaient à pied de Québec à l'Asile et là, dans des pourparlers enflammés, on vendait le pays. Le Dr Landry et son fils Philippe étaient membres du Cercle. C'est au premier Congrès catholique de Québec, organisé par le Cercle en juin 1880, que le Chevalier Vinclette atteignit le pinacle de la gloire.

Treize ans de malchance (1880 à 1893) :

En 1880, le Dr Landry tomba malade. Il démissionna comme médecin visiteur de l'Hôpital de la Marine et fit un deuxième voyage en Europe pour sa guérison. Resté professeur honoraire à l'Université, il s'entendait mal avec ses confrères sur des questions de principe.

En 1883, le clan libéral et Mercier firent tant de tapage à la session dans des séances étirées jusqu'à quatre heures du matin au sujet du renouvellement du contrat de l'asile, que Mousseau dut baisser le taux d'hospitalisation versé aux propriétaires.

Mais un plus grand malheur devait arriver. Au cours des critiques proférées au Cercle catholique contre l'Université Laval, adversaire des ultramontains, on chuchota que le grand vicaire Hamel tolérait la franc-maçonnerie avec une aisance inquiétante. C'est le Dr Landry qui avait fourni le renseignement obtenu dix ans plus tôt au cours d'une conversation avec le recteur qui l'avait scandalisé à perpétuité. Le scandale fit son tour de province. L'abbé Hamel cria à la calomnie. La discussion se continua publiquement dans les journaux. Le Conseil de l'Université Laval retira au Dr Landry son titre de professeur honoraire. Landry donna sa démission du Cercle catholique pour protéger ses amis. L'archevêque dut intervenir dans un mandement sur les sociétés secrètes. Le Cercle transmit à la Congrégation de l'Inquisition une dénonciation du mandement, rédigée par Philippe Landry député de Montmagny. Philippe se rendit à Rome pour défendre son père. Il en revint avec une consolation pour lui : le titre de Chevalier Com-

mandeur de l'Ordre militaire sacré du Saint-Sépulcre. Il était déjà commandeur de l'Ordre de Saint-Grégoire-le-Grand. Il reçut l'investiture officielle à sa demeure de la rue Sainte-Anne, d'un noble médaillé, le comte de Premiau Réal, consul général de France à Québec. La cérémonie fut pénible pour tout le monde. Le vieux docteur paralytique avait peine à s'agenouiller et Philippe devait le soutenir. Quand la lame sur l'épaule il reçut l'injonction rituelle du comte : « Chevalier, levez-vous », il se contenta de pleurer.

Le 17 juin 1884, à 5 heures 30 du matin, il mourut muni des sacrements de l'Église. On mit le pavillon en berne sur l'asile. Le 20 il fut inhumé au cimetière Saint-Charles. On lui fit d'importantes funérailles. Les porteurs des coins du poêle étaient l'honorable Ross, premier ministre, Sir Adolphe Caron, ministre de la milice, les Drs Olivier Robitaille et Charles Verge, les notaires J.-A Charlebois et Clément Vinclette.

Le 31 avril 1844, il avait épousé Caroline fille de Benjamin Lelièvre, notaire de Québec. Elle mourut en octobre 1870 après lui avoir donné onze enfants dont trois survécurent : Ernest, Philippe et Cécile épouse du Dr G.-A. Larue. Ses héritiers se partagèrent ses parts de l'asile.

L'entrée de Philippe Landry dans la société des propriétaires n'était pas pour calmer l'agressivité des libéraux en lutte contre l'administration de l'asile. C'était un lutteur vigoureux et les dossiers qu'il empilait dans ses voûtes sur le compte de tous les politiciens en vedette en faisaient un adversaire redoutable.

Dès l'automne de 1884, ses adversaires reçurent du renfort de Londres même. Un psychiatre anglais le Dr Daniel Hack Tuke vint au pays pour faire enquête sur la situation des asiles canadiens. Influencé par ses congénères protestants, il publia un rapport évidemment partial, où il louait à Toronto exactement les mêmes choses qui étaient à Québec et à Montréal suivant son expression « des reliques du barbarisme ». Il s'en prenait surtout au manque de contrôle du gouvernement et au système d'affermage, spécial à la province de Québec, ce qui depuis longtemps et surtout depuis 1880 était critiqué par ceux que les ultra-montains appelaient des esprits avancés.

Joseph-Charles Taché, frère de l'archevêque de Saint-Boniface et ancien inspecteur de l'asile eut beau étaler sa fière rhétorique et tourner

le spécialiste anglais en ridicule ; Mgr Laflèche eut beau se prononcer carrément contre l'empietement de l'état, *l'Électeur* n'en continua pas moins à exploiter le rapport de Tuke. *L'Union médicale* continua de préconiser l'étatisation des asiles contre les argumentations de *l'Abeille médicale*. La Société médico-chirurgicale de Montréal passa une série de résolutions réclamant une enquête gouvernementale. Les discussions furent alimentées par l'affaire Lyman à Montréal et par deux accidents survenus à Beauport : un fou en avait tué un autre et un épileptique était mort en tombant de son lit.

Un moment, on crut que l'intérêt passionné suscité par la crise Riel allait faire oublier l'asile. Mais non ! Riel, délirant depuis octobre 1875, avait été interné à Saint-Jean de Dieu en mars 1876 et transféré à l'Asile de Québec sous le nom de Louis-R. David alias Larochelle le 21 juin suivant. Son certificat médical d'internement était signé par le Dr E.-P. Lachapelle et il fut admis sous le numéro d'ordre 3697. Il avait été déchargé le 23 janvier 1878 pour être conduit à la frontière américaine par J.-A. Langlais du Cercle catholique. Son médecin, le docteur F.-E. Roy, dut aller témoigner de sa maladie au procès de Régina en juillet 1885.

Les libéraux et Mercier oublièrent si peu la question des asiles que le gouvernement Ross dut passer la même année une loi renforçant le contrôle gouvernemental par la création d'un bureau médical nommé par le gouvernement. Cette mesure, acceptée par les libéraux comme un minimum, ne fut combattue que par les Castors. Le Dr Arthur Vallée, médecin visiteur à l'asile depuis novembre 1879, fut nommé surintendant avec deux assistants les docteurs Albert Marois et Ulric Bélanger.

A cause des termes de leur contrat de 1883, forts de l'appui des légistes et des évêques Laflèche et Moreau, les propriétaires ne voulurent pas recevoir le bureau médical du gouvernement et il y eut des incidents quotidiens à Montréal comme à Québec. Après un an de ces hostilités, le bureau médical renonça, et la loi de 1885 malgré l'approbation du cardinal Taschereau resta inopérante.

A l'ouverture de la session, le 16 mars 1887, Mercier fit annoncer dans le discours du Trône son intention de créer une commission royale

pour enquêter sur la situation des asiles. Cet expédient fut accepté après des séances orageuses dont l'une dura trente heures.

En septembre, la commission fut constituée et Mercier nomma pour la présider le Dr Duchesneau, chef libéral du comté de Terrebonne et ancien préfet du pénitencier de Saint-Vincent-de-Paul.

Le paisible Dr Roy devait être exempté de ces pénibles interrogatoires. Il mourut le 1^{er} octobre 1887. Il avait toujours été un homme charmant, affable et digne. Il était toujours resté à l'écart de la politique et à l'abri des critiques. C'était un bel homme, marié à une belle femme, Marie-Joséphine-Delphine Lavigne, de Burlington, qui lui survécut. Il n'avait pas eu d'enfant mais il élevait des neveux et ne ménageait pas les charités. Il avait une belle clientèle en ville. Esprit consciencieux, son travail à l'asile l'absorbait. Il jouissait de la confiance unanime de ses confrères. En octobre 1881, il avait été nommé assesseur au Collège des Médecins et Chirurgiens de la province. En juin, 1883, il fut délégué, par l'Association des Surintendants médicaux des Asiles, au congrès de l'Association psychologique en Angleterre et en France. Au mois de septembre, il fut élu vice-président pour la province de Québec de l'Association sanitaire du Canada.

Les cinq commissaires firent rapport en 1888. Les trois libéraux, le Dr Duchesneau, le Dr Lavoie et le colonel Rhodes furent sévères pour les deux asiles. Ils recommandaient la résiliation des contrats, l'achat de l'asile par le gouvernement et conseillaient de confier l'administration interne à une communauté religieuse en réservant tout contrôle médical à un bureau de médecins responsables au gouvernement seulement. Les deux autres conservateurs, l'avocat Bourgoin et surtout le docteur L.-B. Durocher, professeur à l'école Victoria, n'approuvaient pas le rapport. C'est dire que les discussions reprirent de plus belle et que l'enquête ne régla rien.

A la session de 1889, Mercier dut en venir à un autre compromis, celui de revenir au contrôle médical atténué prévu par les contrats et de laisser l'administration aux propriétaires jusqu'à l'expiration, en 1893, ce qui équivalait à l'abrogation de la loi de 1885.

Dès 1890 Mercier annonça qu'il respecterait les contrats en cours, mais qu'à leur expiration il ne les renouvelerait pas sans que le contrôle

médical absolu ne soit accepté ; que les clauses seraient précises et détaillées et que l'asile de Québec serait confié à des Sœurs plutôt qu'à des laïcs. Même le gouvernement se fit autoriser à construire des asiles d'état. En 1891, Charles Langelier et Georges Duhamel firent une tournée des asiles américains pour se préparer à l'éventualité de la création d'un asile administré directement par le gouvernement.

Quand, en 1893, expira le contrat de l'Asile des Aliénés de Québec, ce fut, à la Chambre et dans la presse, une mêlée générale. Tous les journaux de la province publièrent au moins un article par jour sur l'avenir de l'asile, sur les délibérations de l'Assemblée, sur les canards et les rumeurs qui circulaient. On voulait savoir si le contrat serait renouvelé, si le gouvernement avait l'intention de se charger de l'asile, s'il ne vaudrait pas mieux contracter avec une communauté. Des offres avaient été faites pour la construction d'un asile neuf, pour l'achat de l'ancien. Landry aurait fait des cadeaux. Les Sœurs de la Charité, conseillées par le Dr Vallée, qui était leur médecin depuis 1882, se disaient disposées à acheter.

Après de grands discours en Chambre, il devint clair que le gouvernement était prêt à traiter avec les Sœurs Grises et qu'il ne restait qu'à ajuster le prix du marché entre les propriétaires et la communauté, sans léser les intérêts de personne. Le résultat de l'inventaire demandé par les religieuses fut doublé par les chiffres des évaluateurs de Landry. La presse libérale cria : « au voleur ! ».

Puis la session finie le 27 février, les négociations reprirent en secret et aboutirent après l'intervention de Mgr Bégin, les efforts de Pelletier et grâce à la diplomatie de Chapais et Casgrain, à l'achat par les Sœurs pour le montant de \$425,000. Le gouvernement garantissait le paiement et payait \$100. par an pour l'entretien de chaque malade au lieu de \$132. Le contrat fut signé à la Maison-Mère, à 10 heures 30 du soir, le 7 avril 1893, pendant une tempête de tonnerre.

L'habitude de la chicane rendit la ratification par la Chambre difficile. Mais le 27 décembre, le bill présenté au Conseil par Chapais fut rejeté. Cette satanée question de l'asile qui avait déjà été à l'origine de la chute de trois gouvernements, menaçait de faire tomber Taillon à son tour. Mais tout de même, les sœurs étaient installées depuis le 8 avril. Vince-

lette, désesparé, s'en était allé le 1^{er} mai vivre chez son fils Charles, à Beauport. On avait réussi à lui trouver une petite situation au département de l'Instruction publique, ce qui ne l'empêcha pas de mourir peu après, le 20 mai 1894 à l'âge de 64 ans.

Le 4 janvier 1894, il suffit de retrancher du contrat les deux clauses que les libéraux avaient le plus tenacement exigées pendant des années pour qu'ils cessent de faire opposition et le contrat fut adopté.

V — LE DEUXIÈME DEMI-SIÈCLE

Puis ce fut la paix. Pendant la seconde moitié de son siècle, l'asile traversa encore deux périodes distinctes qui ne sont pas de l'histoire ancienne et qui furent illustrées par des personnages que plusieurs d'entre nous ont connus.

La période de l'*Asile Saint-Michel-Archange* dura jusqu'en 1923 et fut présidée par ses deux premiers surintendants les Drs Arthur Vallée et Delphis Brochu, assistés des Drs Albert Marois, Ulric Bélanger et Salluste Roy. On s'y occupa surtout d'hygiène, d'agrandissement et de l'amélioration matérielle de l'établissement.

La période de l'*Hôpital Saint-Michel-Archange* commença avec la réorganisation médicale scientifique sous le contrôle de l'Université Laval et l'accession du Dr Salluste Roy à la surintendance en 1923. Elle vit la construction de plusieurs institutions annexes, l'organisation de services scientifiques nouveaux et les efforts réussis pour remplacer les ruines de 1939 par l'outillage de l'avenir établi sur des bases qui promettent survie et prospérité.

L'Hôpital Saint-Michel-Archange n'est plus l'asile provisoire de Beauport. C'est désormais dans toute l'acception du mot une *institution* que ses attaches conventuelles et universitaires maintiennent dans la stabilité, la paix et l'efficacité, à l'abri des caprices individuels qu'elle domine de la force de ses cent ans de progrès continu.

MÉDECINE ET PÉDIATRIE

par

Marcel LANGLOIS, M.D.

Professeur de pédiatrie à l'Université Laval

Tous ceux qui vivent le centenaire d'une institution souhaiteraient pouvoir se reporter cent ans en arrière afin de contempler, une à une, toutes les étapes d'une évolution. Il leur serait ainsi donné de saisir les mots, les gestes et même les réticences qui contiennent toutes les forces cachées d'une œuvre. Cette œuvre grandissant, ils auraient pu voir jusqu'à quel point son rayonnement dépassait les prévisions les plus libérales. Malheureusement, ce désir demeurera toujours un rêve, et force sera de percevoir dans les faits accomplis la puissance latente des origines.

Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec est du nombre de ces institutions et, au moment où sonnent ses cents ans, tous sont obligés d'admettre qu'il contenait en lui les prémisses de ses réalisations actuelles. Le double titre de médecin-chirurgien qu'il décerne est souvent mis en discussion surtout lorsqu'on lui prête un sens trop absolu. Pourtant ce titre, le passé l'a prouvé, ne comporte aucune prétention ou mesquinerie qu'on voudrait lui imputer. Il a permis à nombre de disciplines d'évoluer et d'atteindre le stade de ce qu'on est convenu d'appeler « spécialité ».

La plus récente acquisition dans ce domaine est sans contredit la pédiatrie. Pour être une des dernières nées, elle n'en est pas moins très

vivante parce que rapidement progressive. Ses réalisations l'ont rendue indispensable et, malgré son caractère de spécialisation, elle partage, avec fort peu d'autres, l'honneur d'être restée une médecine générale au service de l'enfant. Le pédiatre doit être familier avec tous les problèmes que pose l'enfant. Loin de se limiter à la pathologie d'un système, d'un organe ou d'un aspect particulier d'un organe, il lui faut envisager le phénomène autrement complexe de l'enfant sain. C'est l'étude de la génétique, du milieu ambiant et de l'influence qu'exercent ces facteurs sur la psychologie de l'enfant car un enfant malheureux ne saurait être un enfant sain. Le pédiatre est aussi obligé de se préoccuper des mesures d'hygiène infantile soit d'ordre médical, social ou législatif. Ces multiples aspects ne sauraient faire oublier la nutrition. Il serait illusoire, en ce domaine, de vouloir établir ce que la pédiatrie a retiré à la médecine ou ce que la médecine a emprunté à la pédiatrie. C'est au bénéfice mutuel de la mère et de la fille que concourent toutes les acquisitions nouvelles de la diététique et de la nutrition.

Cette vaste conception de la spécialité pédiatrique a suscité l'organisation des unités sanitaires, nées des besoins d'un peuple dont la natalité va croissant sans cesse et qui a exigé que quelque chose soit fait dans le but de lui conserver un aussi riche capital. Ces organismes ont attiré l'attention du public du côté infantile dépassant ainsi les résultats qu'on en attendait.

Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec reçoit donc sa part d'hommages, puisqu'il a permis à une spécialité aussi importante d'évoluer au sein même de ses membres. Le titre de médecin-chirurgien qu'il décerne ne limite donc pas en fait les activités médicales ; au contraire, il les englobe toutes et permet à la plupart de remplir leur rôle médical et social d'influence nettement salutaire à la population de notre province.

A peine cinquantenaire, la pédiatrie se compte donc fière d'avoir pu grandir au milieu de cette institution aujourd'hui centenaire.

LE MÉDECIN ET LA NUTRITION

par

J.-Ernest SYLVESTRE, M.D.

Directeur de la Division de la Nutrition au ministère de la Santé (Québec)

Depuis une dizaine d'années, il est bien peu de sujets scientifiques, si toutefois il en est, qui aient été étudiés par un plus grand nombre de savants à la fois, et sur lesquels autant d'auteurs aient écrit, que celui de la nutrition.

L'application des principes de cette science à la pratique a donné, dès les débuts même, des résultats si encourageants que le monde médical s'est tourné presque en masse vers cette science qui s'avérait une source si prometteuse de santé et de bien-être.

Cette espérance n'a pas été déçue ; bien au contraire, car depuis le temps des hypothèses et des possibilités, des théories nombreuses et précises ont été énoncées à la satisfaction du monde savant, et l'efficacité des règles qui découlent de ces principes a permis l'accumulation de preuves si évidentes que le peuple même porte à cette science un intérêt de plus en plus vif, à tel point que, déjà, une partie de la population est devenue soucieuse d'en suivre les enseignements.

En face d'un mouvement qui tend à se généraliser, il semble désirable que le médecin ait, pour le bénéfice des êtres humains qu'il a le devoir d'aider, autant de connaissances sur la nutrition qu'en ont les vétérinaires et les agronomes qui n'ont à s'occuper après tout que des animaux et des plantes.

Qu'est-ce que la nutrition ? La nutrition, d'après Sherman, peut être définie par l'ensemble des processus qui concourent à la croissance et au maintien ou à la réparation du corps vivant pris dans son entier ou dans chacune de ses parties constituantes. Partant de cette définition, il faut admettre que la nutrition est un facteur de santé. En effet, il est évident que l'individu chez qui ces processus sont entravés de quelque façon, ne pouvant plus maintenir l'intégrité de sa substance, ni réparer les pertes subies par suite des activités cellulaires, principes de vie et de mouvement, se voit bientôt en état de déchéance physique, localisée d'abord, mais bientôt généralisée, car cette déchéance d'une partie quelconque de son être diminue peu à peu son efficacité et ce désordre finit toujours par compromettre l'équilibre fonctionnel de l'organisme tout entier.

Toutefois, il n'y a pas que les capacités fonctionnelles de l'organisme qui soient en cause dans ces phénomènes de la nutrition. En effet, même si l'organisme est en état d'accomplir à la perfection ces processus vitaux, il n'aura plein succès qu'à la condition expresse de recevoir, de l'extérieur, les matières premières dont est composé l'être humain tout entier, le combustible qu'il consume et toutes les substances dont il a besoin pour tirer profit des éléments reçus. En effet, l'organisme humain, ne peut pas créer ; il peut, tout au plus, utiliser ou transformer pour son bien propre les matériaux qu'il reçoit. C'est pourquoi, en vue d'assurer l'intégrité de la matière et l'harmonie fonctionnelle des organes, il faut alimenter convenablement l'être humain.

A cette seule fin de protéger la santé et de favoriser la croissance, l'application des principes de la nutrition est aussi bien l'affaire du médecin de famille que celle du médecin hygiéniste. Tous deux sont médecins, et le principal devoir qui incombe à l'un comme à l'autre, à titre de médecin, c'est la sauvegarde de la santé. Même si le nombre des médecins hygiénistes augmentait au point qu'ils puissent servir toutes les agglomérations, ces médecins consacrant leur temps et leurs énergies à l'éducation du peuple en matière d'hygiène, leur champ d'action resterait toujours trop vaste et leur tâche toujours trop lourde pour que le médecin soit jamais dégagé de la responsabilité qu'il accepte en devenant le médecin de famille. D'ailleurs, il devient chaque jour plus évident que

la médecine préventive occupera bientôt une large place dans la pratique courante de ce dernier. Déjà, le public s'émeut à la vue des faits soulignés par les hygiénistes et nombre d'individus commencent à réaliser qu'en effet il vaut mieux prévenir que guérir. Il n'est plus très éloigné le temps où le médecin de famille verra chez lui plus d'individus bien portants, désireux de rester en santé, qu'il n'en voit actuellement chez lui, malades ou moribonds.

Que l'individu soit sain ou qu'il soit malade, la composition de son être et le fonctionnement de ses organes doivent toujours tendre vers l'idéal établi par le Créateur. En conséquence, les principes de la nutrition ne doivent pas être considérés comme mesures purement préventives, applicables seulement au maintien de la santé, mais on doit aussi en tenir compte, dans la maladie, comme aide et support au traitement médical proprement dit ; bien plus, l'observation minutieuse de ces principes constitue souvent l'unique traitement rationnel.

Tout médecin, qu'il soit le médecin de famille, le spécialiste ou même le médecin consulté occasionnellement, doit s'intéresser à l'état de nutrition des individus qui le consultent ou qu'il traite. Il arrive souvent que les troubles et les ennuis qui affectent les patients, ne sont pas autre chose que des troubles de la nutrition, ou n'ont pas d'autres causes que des erreurs d'alimentation. La plupart des troubles du tube digestif ne sont-ils pas dus à des habitudes alimentaires défectueuses : irrégularité dans l'horaire des repas, mastication insuffisante, repas trop copieux, aliments trop gras, etc.

Parmi les hépatiques que vous rencontrez chaque jour, avez-vous jamais eu la fantaisie de calculer le nombre de patients dont les troubles et les malaises sont la conséquence directe d'une alimentation mal balancée, faute d'avoir su équilibrer la proportion des protides et des lipides dans l'ensemble des aliments consommés ? Enfin, n'arrive-t-il pas très souvent qu'on soit fort embarrassé en présence de certaines personnes qui se présentent à la consultation, accusant des malaises plus ou moins sérieux, mais dont la cause nous échappe de prime abord, parce qu'il est impossible de déceler une lésion organique ou de reconnaître des signes fonctionnels bien définis ? Ce n'est qu'après avoir questionné sérieusement le sujet sur son alimentation que l'on finit par découvrir que

ces ennuis n'ont pas d'autre raison qu'une insuffisance, parfois légère mais habituelle, de certaines substances essentielles au maintien de la santé et de la vigueur.

Il importe donc de penser aux habitudes alimentaires dans nombre de cas et parfois même il faut pousser l'examen du patient jusqu'à l'étude approfondie de l'accomplissement de ses fonctions de nutrition ; car, il peut arriver que, même avec une alimentation rationnelle, l'individu soit vraiment mal nourri et présente des signes marqués de carence en certaines substances indispensables. En effet, il peut y avoir, le long du tube digestif, des causes qui empêchent l'absorption de ces substances au niveau de l'intestin ; ou, dans l'organisme, des raisons qui en limitent l'utilisation ou précipitent leur élimination.

En maintes circonstances, comme par exemple dans les cas de goître simple, certaines formes d'anémie, pour ne mentionner que celles-là, le traitement principal et rationnel, pour ne pas dire l'unique traitement susceptible de produire des résultats et de ramener ces malades à la santé, c'est un régime alimentaire approprié, comprenant un ensemble d'aliments capables, grâce aux substances essentielles qu'ils contiennent, de satisfaire à tous les besoins physiologiques de l'organisme, et surtout de combler les déficits responsables de l'état actuel.

Je conviens qu'il n'en est pas toujours ainsi, mais quelle que soit la maladie, aiguë ou chronique, il faut tenir compte des besoins physiologiques de l'organisme et les satisfaire pleinement si l'on veut donner au malade toutes les chances désirables de guérison la plus rapide possible.

A cause de certaines conditions propres à chaque malade, la quantité nécessaire de certains éléments nutritifs peut varier ainsi que la forme et le mode d'introduction, mais ces détails ne changent rien au principe lui-même, à savoir : que le malade requiert généralement les mêmes substances que le sujet sain, à des doses égales et même parfois bien supérieures à celles qui conviennent à ce dernier.

L'activité cellulaire, source de vie et de mouvement, ne peut pas s'effectuer sans combustion. Or, les fébricitants dépensent généralement plus de calories qu'ils n'en ont besoin en santé, pour vaquer à leurs occupations ordinaires. Il faut donc trouver un moyen de fournir au

malade tout le combustible nécessaire, si on ne veut pas que, dans sa lutte pour la vie, après avoir épuisé complètement ses réserves de tissus adipeux (si toutefois il en dispose), il brûle comme dernières munitions ses propres tissus musculaires, ce qui aurait pour effet de prolonger inutilement la durée de sa convalescence.

En outre de cette dépense de combustible, l'activité cellulaire, qui se continue dans tous les domaines, produit une certaine usure qu'il faut réparer, et entraîne la perte de substances qu'il faut combler par l'administration de protéines et de sels minéraux, dont les plus importants sont le calcium, le fer et l'iode.

Tout malade doit donc recevoir, sous une forme quelconque, un ensemble d'acides aminés, nécessaire à la formation de cellules nouvelles. La présence d'albumine dans les urines n'est pas une raison pour supprimer de l'alimentation toute substance azotée ; au contraire, il faut en donner davantage, afin de compenser les pertes plus grandes dans ces cas. Tout de même, il importe de faire un choix judicieux des sources de protéines.

Quant au calcium, au fer et à l'iode, on tiendra compte des besoins ordinaires de l'individu, mais aussi des indications particulières que suggèrent les signes de carence, s'il en existe chez l'individu examiné.

Il n'est pas rare de rencontrer dans les consultations ou parmi les malades, des troubles fonctionnels que, normalement, les vitamines peuvent faire disparaître. Il faut donc se rappeler que l'ensemble des vitamines est indispensable à la croissance, au maintien de la santé et de la vigueur, que chacune d'elles peut améliorer certaines manifestations désastreuses parfois diverses mais qui s'expliquent cependant presque toujours par une action particulière, presque spécifique de telle vitamine.

Il serait long d'exposer ici le rôle de chacune des vitamines dans l'organisme, mais, en vue de démontrer la nécessité, pour le médecin, d'étudier le comportement de ces substances, nous nous contenterons de souligner quelques détails sur la vitamine A.

La vitamine A, qu'on appelle, plus ou moins à tort, facteur anti-infectieux, exerce une action bienfaisante sur les épithéliums, la peau et les muqueuses. L'insuffisance, à plus forte raison la carence de cette

vitamine dans l'organisme cause un changement marqué dans la structure normale de ces tissus, changement qui les rend plus aptes à s'effriter, créant ainsi des voies plus faciles à l'invasion microbienne.

Les conséquences de cette métaplasie, s'il est permis d'employer ce mot, peuvent se retrouver en tout endroit de l'organisme où les couches profondes de tissus sont protégées normalement par une surface épithéliale. Toutefois, les voies respiratoires supérieures étant plus exposées aux assauts répétés et massifs des agents extérieurs, microbes et conditions atmosphériques, ce sont elles qui souffrent plus fréquemment des moindres transformations produites dans ces muqueuses par suite d'une insuffisance de vitamine A. Le mode d'action de cette vitamine, clairement expliqué par Walter Eddy dans son traité *What are the Vitamins?*, fait bien comprendre que ce facteur vitaminique n'immunise pas contre les infections, mais aide seulement l'organisme à conserver intactes ses premières lignes de défense ou même à les refaire au cours des attaques de l'ennemi.

D'autres régions peuvent aussi subir un affaiblissement qui les expose davantage à céder sous la pression envahissante des microbes, la bouche et les oreilles, particulièrement la base de la langue et l'oreille moyenne, le tube digestif, quoique exceptionnellement, le canal urinaire et les cavités génitales, la peau et la conjonctive de l'œil, de même que l'émail des dents.

J'ai mentionné le tube digestif ; la muqueuse qui le tapisse est rarement atteinte de métaplasie. C'est heureux, car, dans ce cas, l'absorption de la vitamine A pourrait être considérablement diminuée et, de ce fait, tous les épithéliums seraient voués à une déchéance certaine. D'ailleurs, il n'y a pas que la vitamine A dont l'absorption puisse être limitée au niveau de l'intestin, et ce fait n'est pas toujours dû à des lésions intestinales. Ainsi, par exemple, la vitamine A étant soluble dans les huiles minérales (comme dans les huiles végétales d'ailleurs) ne sera pas plus absorbée que l'huile minérale elle-même si la vitamine vient en contact avec celle-ci. Quand un traitement à l'huile minérale est conseillé, il faut donc tenir compte de cette particularité et prescrire un régime alimentaire où ce facteur est présenté sous forme de carotène plutôt que sous forme de vitamine A, car le premier n'étant pas aussi

soluble dans les huiles minérales; l'absorption en est moins affectée par leur présence dans l'intestin. Par contre, il ne faut pas oublier que le carotène, précurseur de la vitamine A, doit être transformé en vitamine A pour être efficace et il se trouve que tous les individus n'ont pas cette puissance de transformation au même degré.

Voyons rapidement les prédispositions des autres vitamines.

Le complexe vitaminique B joue un rôle important dans l'utilisation complète des glucides, prévenant ainsi toutes les conséquences d'une intoxication par l'acide pyruvique (stade intermédiaire dans l'oxydation de ces substances), conséquences qui se manifestent généralement par des troubles du système nerveux.

La vitamine C, par son action sur les tissus intercellulaires, concourt indirectement à maintenir en bon état le réseau des capillaires sanguins dans toutes les parties du corps.

La vitamine D préside au métabolisme des sels de chaux et de phosphore, elle est donc indispensable à la formation des os et des dents, ainsi qu'à leur conservation en bon état de résistance.

La vitamine E, indispensable au fonctionnement normal des organes de reproduction chez le rat, joue sans doute un rôle à peu près semblable chez l'être humain.

La vitamine K en favorisant la production de prothrombine, ramène le temps de coagulation normal chez les individus plus ou moins hémophiliques.

Vu l'importance du rôle que jouent toutes ces substances dans l'organisme humain, ce n'est pas au cours d'une maladie qu'on a le droit de se désintéresser du régime alimentaire suivi par le patient. Cependant, le problème est souvent fort compliqué, et sa solution exige une attention soutenue et parfois même nécessite des examens spéciaux.

Il y a quelque temps, le Dr F. F. Tisdall, de Toronto, une autorité en matière de nutrition, disait, en parlant des individus en santé, que l'alimentation n'est pas une affaire de pilules. Il a bien raison n'est-ce-pas? Dans l'ordre normal des choses, l'homme trouve toutes les substances dont il a besoin dans les aliments qu'il emprunte du règne végétal ou du règne animal ; cependant, surtout chez les malades, quand on ne

peut faire autrement, il vaut encore mieux recourir aux produits pharmaceutiques plutôt que de laisser un individu en déficit grave.

Le médecin traitant doit donc étudier le fonctionnement de tous les organes de son malade, afin d'en connaître les susceptibilités. A l'aide de ces connaissances totales, il pourra diriger cette partie du traitement, qu'on appelle la diète, et répondre aux exigences de son patient. En effet, le médecin ne doit pas l'oublier, il lui faut tenir compte des exigences particulières de chacun des individus qui se confient à ses soins.

Par exemple, il arrive assez souvent que des enfants soient atteints de maladies chroniques, soit de diabète, de néphrite, de tuberculose, etc., ou même de maladies aiguës à cycle assez long. Dans ces cas, il faut se rappeler que les enfants ont besoin de tous les matériaux de construction, sans en excepter un seul, y compris toutes les vitamines qui sont indispensables à l'utilisation de ces matériaux. Bien plus, il ne faut pas se contenter de fournir à ces enfants les quantités communes, mais des doses optima, car ce n'est pas une raison, parce qu'un enfant est momentanément malade, pour qu'il ait sa croissance et son développement définitivement compromis.

Les femmes enceintes devraient toutes recourir aux soins d'un médecin pour toute la durée de leur grossesse. Celles qui font cette confiance à leur médecin méritent bien que ce dernier s'occupe d'elles et leur prodigue tous les services qu'il est apte à rendre. L'alimentation est un élément essentiel de l'hygiène maternelle ; ayant une influence marquée sur la santé de la mère, le développement et la survie de l'enfant, il est donc de première importance que le médecin sache diriger sagelement le régime alimentaire de ces clientes.

La prescription d'un régime alimentaire est une tâche dont le médecin ne peut pas s'acquitter à la légère, tant de considérations, même secondaires, doivent entrer en ligne de compte ; ainsi, dans l'application des principes de nutrition, le médecin doit considérer les conditions économiques de la famille afin de ne pas recommander un régime alimentaire ou des substituts qui dépassent ses moyens. Le médecin doit consulter les goûts de son patient, afin d'y conformer autant que possible ses ordonnances. De plus, il est toujours préférable d'écrire le régime alimentaire prescrit afin qu'on n'oublie pas les recommandations données.

Dans la rédaction d'une diète, il ne faut pas oublier que, la nutrition étant une science positive, ce sont les aliments permis qu'il convient de noter ; d'autant qu'une permission est toujours plus agréable et généralement mieux observée qu'une défense si bien comprise qu'elle soit. D'ailleurs, le but principal de la diététique n'est-il pas de fournir à l'organisme anormal d'un individu, les éléments dont il a besoin, sous une forme qui convient à son état actuel. C'est pour atteindre ce but qu'il faut inscrire les aliments qui doivent être consommés.

Il est aussi fort utile de faire comprendre au malade pourquoi ces aliments lui sont recommandés plutôt que d'autres plus à son goût peut-être.

Dans les hôpitaux bien organisés, le médecin voit sa tâche facilitée par les services réguliers de diététiciennes compétentes. Quand il a posé son diagnostic complet et noté les susceptibilités organiques de son malade, son rôle est accompli, la diététicienne fera le reste selon l'art, et sur elle retombera toute la responsabilité du traitement diététique. Mais tel n'est pas le cas pour les malades de l'extérieur chez qui cette partie du traitement devient plus onéreuse et souvent compliquée. Cependant, le médecin soucieux du bien-être de son patient ne reculera pas devant la tâche, car sa conscience lui fait un devoir de ne négliger aucune mesure susceptible de produire ou même simplement d'aider la guérison de son malade. Le médecin lui-même y trouve aussi généralement son avantage car, il n'est pas rare de rencontrer, de nos jours, des médecins qui ont acquis une renommée solide et méritée, à la suite de succès nombreux obtenus par l'application judicieuse des principes de nutrition.

LE MÉDECIN ET L'OBSTÉTRIQUE

par

René SIMARD, M.D.

Professeur titulaire de Clinique obstétricale à l'Université Laval

Nul ne peut nier l'importance de l'obstétrique pour le médecin, la part immense que tiennent les accouchements dans ses occupations quotidiennes. Lorsque je dis médecin, j'entends ici parler de celui qui s'adonne à ce qu'il est convenu d'appeler la médecine générale et spécialement du type le plus parfait de ce genre : le médecin de campagne. C'est pour lui que la pratique obstétricale constitue en moyenne de 25 à 50% de la pratique courante. Tous les étudiants comprennent l'importance de ce fait et c'est sans doute pour cette raison que nous n'avons jamais à nous plaindre d'eux alors que tant d'autres les taxent volontiers de paresse ou d'insouciance. Il est proverbial à la Faculté que les résultats d'examens d'obstétrique soient toujours très élevés. On nous accuse de laxisme, de sentimentalisme, etc. Il n'en est pourtant rien. La matière n'est pas plus facile, les professeurs ne sont pas plus compétents, mais les étudiants savent qu'ils devront pratiquer nombre d'accouchements et qu'à tort ou à raison, on les jugera d'après leur habileté et leur succès dans ce domaine. L'expérience prouve qu'un médecin qui réussit est bon accoucheur. Voilà un argument prosaïque si l'on veut, mais fort puissant, pour pousser à l'étude de l'obstétrique.

Il est un autre argument, l'argument moral : la grande responsabilité du médecin au chevet d'une accouchée où il tient en mains non plus

une vie mais deux vies. Les accidents mortels ne sont pas toujours évitables, mais dans nul autre domaine on ne peut plus souvent retracer l'incurie ou l'incompétence en face de complications fatales. Quelquefois le médecin a péché par omission, plus souvent par action intempestive. Je reconnais donc l'importance du respect de la physiologie au cours de l'accouchement mais je tiens à m'élever contre les non-interventionnistes outrés, qui croient que les choses finissent toujours par s'arranger d'elles-mêmes. Certains confrères semblent nous croire d'inutiles spectateurs ou des acteurs nuisibles. Boutade ou non, telle est l'accusation qu'un grand médecin de mes amis nous porte en badinant. J'ai su, depuis, qu'il aurait autrefois abandonné la pratique de l'obstétrique à la suite de deux ou trois cas malheureux ! Je mentionne ces inepties mais il est aussi superflu de démontrer l'utilité et la nécessité de la thérapeutique obstétricale que celle de la thérapeutique médicale tout court. Admettons que les soins d'une sage-femme quelconque puissent suffire dans 60 à 80% des cas, il reste indéniable que, dans les autres cas, toute la science et l'habileté d'un médecin intelligent et expérimenté deviennent nécessaires souvent subitement et à l'improviste, pour terminer au mieux un travail compliqué.

Rien ne démontre mieux tout ce que comporte de pénible la vie d'un accoucheur que l'abandon de la pratique obstétricale par tous les médecins parvenus à un âge où ils doivent se ménager, ou, tout simplement, à un niveau de fortune qui leur permette de laisser tomber une partie de leurs occupations. Bien des raisons motivent un pareil abandon. Les levers nocturnes sont allègrement supportés si le médecin est jeune (on peut l'être à tout âge), bien portant et reposé ; et encore faut-il que les appels ne soient pas trop répétés. Mais lorsque l'enthousiasme disparaît, que la fatigue ou la maladie l'abat, qui dira la détresse et l'angoisse où peuvent le jeter les appels et les levers répétés, surtout si, au dehors, il lui faut entrer dans la tourmente d'une tempête d'hiver qui paralyse à demi tout moyen de transport. Si l'automobile ne démarre pas, ou si elle glisse ou s'enlise qui viendra en aide au médecin dans le froid et la tourmente quand tout ce qui vit est chaudement abrité et endormi. Et pourtant, il faut agir vite puisque là-bas on l'attend avec tant d'impatience, sans compter qu'un retard peut entraîner

des complications sérieuses. Il faut avoir vécu ces moments pour connaître la réalité de sa détresse.

Mais si l'on était libre de refuser tel ou tel appel à tel ou tel moment, le mal ne serait pas très grand. Moralement l'accoucheur n'a pas cette liberté. Il existe, en effet, une sorte de contrat tacite entre le médecin et l'expectante. Je ne parle pas ici de la femme qui, au cours du travail, appelle le médecin pour la première fois. A celle-ci on n'est tenu de porter secours que selon les lois générales de la charité et de l'éthique médicale, mais j'ai en vue la patiente-type de l'obstétricien, celle que la consultation pré-natale lui ramène périodiquement. C'est à ce genre de patiente que l'accoucheur est lié et ce lien constitue peut-être la partie la plus pénible de ses devoirs puisqu'il aliène en grande partie sa liberté. Vous proposez-vous une soirée agréable chez des amis, une audition de concert, une réception de parents, que sais-je? Il est fort probable qu'on aura besoin de vous et que vous devrez partir. Pouvez-vous, faisant trêve à vos préoccupations, devenir jardinier, peintre ou mécanicien d'occasion? Un appel urgent vous saisira tout sale et crotté. Quels voyages ferez-vous, si vous laissez derrière vous plusieurs femmes inquiètes ou si, à votre retour, on vous accueille froidement comme un homme qui a failli à l'honneur et à la loyauté? Jouirez-vous des heures de détente d'une fin de semaine en excursion quand vous avez l'impression de les dérober à ceux à qui votre temps est consacré? Les vacances nécessaires doivent être fixées plusieurs mois à l'avance, de façon à pouvoir prévenir les patientes à leur première consultation de ne pas compter sur vous pour telle époque. L'accoucheur travaille donc pour ainsi dire vingt-quatre heures par jour, puisqu'il est de garde de minuit à minuit tous les jours.

Ce régime de vie, s'il ne favorise pas la santé, ne favorise pas davantage le travail. Lorsque le temps se trouve ainsi haché par des appels, des déplacements, des fatigues, des inquiétudes, comment un travail sérieux, exigeant de la réflexion, de la concentration peut-il être mené à bonne fin! Cette question d'étude et de production scientifique est aussi liée étroitement aux honoraires exigés par le médecin. Si celui-ci exige trois ou quatre cents dollars pour ses soins, — comme en certains centres américains, — il pourra se borner à quelques dizaines d'accouchements

par année ; il aura de quoi vivre, et beaucoup de temps à consacrer à son perfectionnement, à des recherches, à l'étude enfin. Si, par contre, son tarif est de quinze dollars par accouchement, il devra, pour vivre conformément à son rang, multiplier le nombre des patientes traitées et renoncer à une bonne partie du travail théorique de perfectionnement auquel il devrait s'adonner, ainsi qu'à toute production scientifique sérieuse. Tel est le dilemne qui nous est posé : faut-il exiger des honoraires immoraux et acquérir une science éminente ou accepter des honoraires minimes avec des connaissances au rabais. Cette question d'honoraires ne peut laisser indifférent un médecin qui a un sens social quelque peu développé. Je comprends qu'aux États-Unis on puisse exiger des honoraires fantastiques : les fortunes sont colossales et les enfants sont rares. Mais plaçons-nous dans un milieu où les mille dollars n'arrivent pas plus souvent que les enfants et il est évident qu'exiger beaucoup de ces gens pour leur permettre de se reproduire est un geste antinaturel, antisocial et antichrétien.

La morale parle donc au médecin à cette occasion. En fait, l'accoucheur doit souvent engager des dialogues avec elle car elle est fréquemment intéressée à l'obstétrique. Ce n'est pas le grand dilemne que les profanes s'imaginent : « Faut-il sacrifier la mère ou l'enfant ». On ne sacrifie jamais personne. Mais notre conscience nous demandera : l'avortement est-il évitable ? Le fœtus est-il vivant ? Cette manœuvre est-elle fœticide ? Est-elle abortive ? La mort de l'enfant résultera-t-elle directement de notre acte volontaire ? Le fœtus doit-il être baptisé ? La femme peut-elle être castrée ? Telle intervention est-elle de pure complaisance et quel danger fait-elle courir ? Voilà dans leur simplicité première les principales questions sur lesquelles les discussions intérieures s'engagent. Mais quelle est la complexité et la multiplicité des cas rencontrés dans une carrière ! Les solutions sont souvent très difficiles, et dans bien des cas urgents, la seule conscience du médecin devra les dicter. Si les problèmes sont prévisibles, les consultations avec les théologiens moralistes deviennent parfois nécessaires. Nous disons « avec les théologiens moralistes » : de par leur difficulté, ces questions-là ne relèvent pas, en effet, de n'importe quel ministre du culte car il arrive à beaucoup d'entre eux d'être mal renseignés sur ce sujet. Comme la

science, la conscience droite est donc nécessaire à l'accoucheur. Et que dire de l'intégrité des mœurs que doit posséder celui qui entre dans l'intimité de tant de jeunes femmes, qui reçoit d'elles des confidences, une confiance et ses permissions dont souvent même le mari est privé. Malheur à celui qui ne peut faire spontanément abstraction de la femme dans ses patientes. Quelle stricte fidélité au secret professionnel suppose également l'exercice de l'art obstétrical ! Il faut être discret par tempérament, et se faire une stricte discipline de taire jusqu'à l'absurde même les choses banales dont la divulgation serait anodine, ne point aimer capter l'intérêt dans les salons ni les alcôves.

L'accoucheur sera doux et patient. Il lui est donné de traiter les plus grandes douleurs qui soient. Qu'il y apporte infiniment de compassion, de compréhension ; qu'il cherche à les abréger et à les soulager dans toute la mesure où il lui est possible de le faire. Qu'il n'ajoute point à la misère des femmes par sa dureté de cœur ou sa cruauté. Qu'il ne se lasse jamais d'attendre ; que son impatience à quitter sa malade pour son plaisir ou son repos n'entraîne pas des gestes précipités, des manœuvres intempestives. Seul un autre devoir urgent peut justifier une hâte qui n'aille pas cependant jusqu'à la précipitation. A ces vertus de femme, l'accoucheur doit adjoindre outre la science et le jugement une hardiesse, un sang-froid, une force et une santé d'homme. Des décisions doivent être prises sur le champ qui ne souffrent pas d'attendre la consultation d'un confrère ou d'un livre. Et si l'on choisit la mauvaise solution ou si, songeant à la bonne, on n'est pas assez hardi pour la tenter sur le champ, on tue par son abstention ou par ses actes et de ses propres mains. La puissance et la résistance musculaires exigées ne sont jamais herculéennes, mais elles dépassent la force de bien des femmes et je me demande si, pour cette raison, l'obstétrique n'est pas une spécialité médicale hors de la portée de plusieurs femmes-médecins.

J'ai tracé jusqu'ici des lignes si sévères sur les qualités et les devoirs de l'accoucheur, sur les mérites et l'austérité de l'exercice de son art, qu'on peut se demander pourquoi tant d'hommes qui ne sont pas de nature angélique s'y adonnent encore. On pratique l'obstétrique par nécessité, par dévouement, ou par goût ou pour ces divers motifs à des degrés variables et suivant qu'on est accoucheur d'occasion ou de

profession. On ne peut guère être médecin de campagne sans faire d'obstétrique, et même en ville, on ne peut commencer une carrière de médecine générale sans pratiquer des accouchements. Plus tard on pourrait s'en abstenir, mais alors le dévouement à ses malades empêche de refuser la pressante demande des futures mères. Quant à ceux qui sont obstétriciens ils ont pu le devenir par le jeu des circonstances, sans trop savoir dans quelle pénible voie ils s'engayaient, mais ils ne peuvent y demeurer que par goût, et j'allais dire « par vocation ». Il est possible de goûter de grandes joies malgré la fatigue et la servitude, et la longueur des jours et la brièveté des nuits. Car cette spécialité médicale ne conduit plus au chevet de la mort mais au chevet de la vie. Il n'est pas peut-être dans la vie du médecin de minute plus agréable que celle où par ses soins il a doté la famille et la société d'un membre nouveau ; la douleur et l'angoisse font place au repos dans la quiétude et dans la joie et il quitte une maison heureuse et reconnaissante, ce qui lui laisse au cœur plus de joies que ses visites au lit d'autres malades où il lui est toujours beaucoup plus long de ramener le sourire. Une maladie laisse, même après la guérison, une grande tristesse ; l'individu se sent affaibli, diminué ; il craint une récidive ; il sent bien qu'il ne sera pas toujours, comme cette fois, vainqueur de la maladie. Mais suivant les paroles de l'Évangile, la femme qui a enfanté se réjouit parce qu'elle a doté le monde d'un homme nouveau et tous les siens se réjouissent avec elle. Que de consolations aussi dans la reconnaissance et l'attachement de patientes pour qui on a été vraiment le soutien, le réconfort, le sauveur. Quelle joie de voir grandir des enfants qu'on a vraiment mis au monde puisqu'ils n'y sont que par l'habileté de soins sans lesquels ils n'auraient jamais ouvert les yeux. Il faut compter également la satisfaction d'exercer une science qui est, comme la chirurgie sa parente, beaucoup plus précise que les autres disciplines médicales et dont les résultats sont tangibles et immédiats, surtout lorsqu'on doit prendre le premier rôle et faire de la nature son aide plutôt que de demeurer l'aide de la nature.

Telles sont les grandeurs et les misères des médecins-accoucheurs. Ce ne sont pas des savants réputés dont les découvertes bouleversent le monde ; ce sont des hommes de peine qui sacrifient leur plaisir à la joie

des autres, leur repos au calme des autres, leur santé à la vie des autres, leur vie à la naissance d'une génération nouvelle. Ils marchent sans bruit dans un sentier plein d'ombre, mais ils tiennent dans leurs bras l'humanité qui n'est et ne continue d'être que par leurs soins. Je veux rendre ici hommage à tous ceux qui depuis cent ans ont de la sorte mis au berceau le peuple que nous sommes et qui sont disparus en nous laissant leur tradition de vaillance et de dévouement.

LE MÉDECIN ET LES ÉPIDÉMIES (1847)

par

A.-R. FOLEY, M.D., D.P.H., F.A.P.H.A.

*Épidémiologiste de la province de Québec
au ministère de la Santé*

En 1847, le typhus fut importé d'Angleterre par le vapeur *Cumberland* et fit 800 victimes à Halifax. Cette année fut connue sous le nom de l'année du typhus : on disait couramment dans le peuple : « Il s'est marié 3 ans avant l'année du typhus » ou bien : « Il est parti pour les États l'année du typlus, alors que toute sa famille moins une sœur mourut de la maladie ».

Le pays reçut 98,106 immigrants, au cours de l'année, d'Angleterre, d'Écosse, d'Irlande et d'Allemagne : 5,293 moururent en mer ; 10,037 à leur arrivée au pays et des 82,776 survivants 30,265 furent traités pour typhus dans les familles et les hôpitaux du pays.

Monsieur A. C. Buchanan, agent d'immigration à Québec, écrit au major Campbell le 23 juin : « 116 bateaux d'immigration portant 28,452 passagers ont eu 3,877 malades et 1,579 décès. La moyenne de maladie est donc de 13 pour cent et celle de la mortalité de 55 pour cent des malades ». Monsieur Buchanan faisait une légère erreur dans ses calculs : le taux de fatalité était de 40.7 et non de 55 pour cent. Il n'en reste pas moins que la maladie faisait des ravages terribles.

Un monument, à la Grosse-Ile, fut élevé à la mémoire des 5,424 personnes enterrées par tranchées dans le cimetière. Le Dr Douglas

fait aussi la statistique de morbidité et de mortalité des personnes travaillant à la Station de quarantaine de la Grosse-Ile :

ÉTAT	MALADES	MORTS
26 médecins.....	22	4
21 infirmiers.....	21	3
10 policiers.....	8	3
186 infirmières ou aides.....	76	22
Employés de cimetière	?	2
Serviteurs.....	?	4
Prêtres.....	?	6

Dans le pays, 26 prêtres, 18 religieuses et 2 ministres anglicans furent emportés par le typhus.

A la Pointe Saint-Charles, à Montréal, une pierre indique que 6,000 immigrants moururent du typhus pendant la construction du Pont Victoria. A la fin de la saison de navigation, l'épidémie pouvait se résumer comme suit :

Morts en mer.....	5,293
Morts à la Grosse-Ile.....	8,072
Morts à Halifax.....	2,000
Morts dans la région de Montréal.....	7,000
Soit,	22,365

Ces chiffres ne peuvent donner qu'une faible idée de l'ampleur d'une telle épidémie et du dévouement héroïque des médecins appelés à traiter les malades : vingt-six sont morts victimes de leur devoir.

Au cours des mêmes années, la variole était épidémique et envahissait régulièrement le pays, soit qu'elle fut importée d'Angleterre, soit

qu'elle nous vint par les États-Unis. A Québec, le vieux cimetière situé où est aujourd'hui le jardin de l'Hôtel-Dieu, au coin des rues Charlevoix et Hamel fut vite rempli et on dut en ouvrir un nouveau, appelé cimetière des Picotés, dans le quadrilatère formé par les rues de Salaberry, Grande-Allée, Claire-Fontaine et Maisonneuve et maintenant occupé par l'École St. Patrick, le *St. Brigid's Home*, l'église et le presbytère des Pères Rédemptoristes, ainsi que le Claridge. En quelques décades, ce nouveau terrain fut rempli à son tour.

La diphtérie et la scarlatine étaient alors très malignes : les formes foudroyantes et hypertoxiques emportaient les enfants en quelques heures. Bien que la population de la province ne fut que le tiers de notre population actuelle, il y avait alors plus de décès par ces maladies que le nombre de cas actuels.

Rappelons-nous maintenant que le nombre des médecins était restreint, que tout le territoire de la province, moins l'Abitibi et le Témiscamingue, était habité, et nous pouvons concevoir la longueur des courses qu'ils devaient faire pour aller secourir leurs concitoyens. Le seul vaccin connu était alors le vaccin antivariolique, qui avait été introduit à Québec en 1812, mais il était assez difficile de s'en procurer et la vaccination était à peine connue du public. Le médecin n'avait à sa disposition aucun sérum spécifique, encore bien moins les sulfamidés et les antibiotiques modernes.

Mais ces vieux médecins avaient à leur disposition une arme puissante, que nous avons peut-être perdue, pour soulager et encourager leurs malades, c'était une sympathie paternelle et un sens social que notre époque moderne s'efforce en vain d'égaler. Formés à une école de fortitude et de courage, ils savaient faire accepter l'adversité. La technologie moderne des laboratoires ne pouvant leur venir en aide, ils compensaient par un sens clinique qui fait notre admiration; leur pharmacopée était des plus modestes, mais ils savaient laisser agir la nature ; leur art était moins avancé, leur dévouement dans les épidémies était inlassable et certaines de leurs mesures de prophylaxie n'ont pas été surpassées.

LE MÉDECIN ET LE LABORATOIRE

par

C.-A. PAINCHAUD, M.D.

*Biologiste à l'Hôpital Saint-Michel-Archange ;
professeur agrégé à l'Université Laval*

Les générations médicales contemporaines peuvent-elles se rendre un compte exact des progrès réalisés en trois quarts de siècle par notre profession, grâce à l'entrée du laboratoire dans la pratique courante de la médecine et de la chirurgie ?

Car, à cette époque lointaine — déjà presque préhistorique en quelque sorte — de la fondation du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, le laboratoire n'avait pas encore vu le jour.

Ce n'est même qu'un quart de siècle plus tard, qu'une ébauche se dessine et que l'on voit les médecins, de temps à autre, demander au laboratoire, en chimie : les renseignements strictement indispensables pour les urines ou le suc gastrique ; en histopathologie : le diagnostic de certaines tumeurs discutables. A cette époque, il n'était pas donné à tout le monde de savoir déceler le sucre dans les urines. Quant au dosage de la glycosurie, c'était une opération délicate qu'on allait pas trop souvent demander au pharmacien.

Né avec le thermomètre clinique, le laryngoscope, l'hématimètre et l'étude du suc gastrique, le laboratoire allait se perfectionner avec l'usage du microscope. En effet, sous l'impulsion de l'École allemande avec Virchow, les progrès de l'histologie, de l'histopathologie viennent

apporter à la pathologie humaine une base plus solide et plus sûre. Anatomo-clinique aussi, et par conséquent conforme à la tradition, la science histologique préparait ainsi les bases de la pathologie générale contemporaine. Avec Cornil, Ranvier, Parrot, Mallassez, Duchaine de Boulogne, Charcot, — pour ne mentionner que les principaux parmi les pionniers de la première heure — l'École française se met aussi à l'œuvre.

En ouvrant l'ère véritablement scientifique de la pathologie générale et de l'anatomo-pathologie, ces chercheurs démocratisent l'usage du microscope. Mais que le lecteur veuille bien croire que cette transition ne s'est pas effectuée sans heurts, et que si ridicule que cela paraisse aujourd'hui, il fallait être hardi à cette époque pour se lancer — muni d'un microscope — dans l'étude de la science histologique. C'était presque subversif.

Il est vrai que, simultanément, s'accomplissait la grande révolution pastoriennne. Et parmi les innombrables bienfaits que l'humanité doit au génie de l'immortel Pasteur, il n'en est peut-être pas de plus immédiat et de plus évident que l'introduction des techniques *biologiques* dans la pratique courante des médecins, des chirurgiens, des accoucheurs. Sous l'éclat allumé par le fondateur de la bactériologie, la recherche des microbes pathogènes dans le pus, dans le sang et les humeurs, leurs cultures différentielles, s'imposent aux esprits des praticiens.

Et puis, à mesure que les découvertes dues à la science biologique se multipliaient, les techniques sérologiques, les séro-diagnostic, les réactions de déviation du complément, le Bordet-Wassermann, les hémocultures, rattachèrent, dans une union de plus en plus étroite, le laboratoire et la clinique. Bref, les moyens mis de la sorte à la disposition du praticien par le laboratoire de chimie, d'histologie, de bactériologie, de sérologie et d'inoculations aux petits animaux, sont devenus d'une importance grandissante : ils dominent maintenant la scène médico-chirurgicale.

Pour cette raison, un article qui s'intitule comme celui-ci : *Le Médecin et le Laboratoire*, ne saurait, à mon sens, avoir d'autre but que celui de préciser ce que doit être le laboratoire dans ses rapports avec la pratique de la médecine et de la chirurgie.

Le laboratoire, tel qu'on le conçoit de nos jours, doit être un établissement scientifique dans lequel tout médecin, chirurgien, obstétricien, spécialiste, est assuré de trouver sur le champ, outre un outillage instrumental approprié, complet, un technicien apte à entreprendre la recherche complémentaire, d'ordre biologique ou chimique, dont il estime avoir besoin en vue de fixer son diagnostic ou de diriger son traitement.

Ainsi compris, le laboratoire représente un moyen d'enquête ajouté à tant d'autres — radiographiques, électrocardiographiques, encéphalographiques, endoscopiques — mis en permanence à la disposition des cliniciens et toujours prêts à fonctionner. Nous devons ajouter toutefois que, partout et toujours, le laboratoire ne peut fonctionner qu'à titre d'assistant du praticien : il est en quelque sorte, son *technicien spécial*. En conséquence, en nulle circonstance, le labo n'aura à découvrir le praticien ayant eu recours à ses offices ; il n'aura pas, non plus, à lui imposer l'une quelconque de ses conclusions. Il est vrai que, parfois, certain diagnostic médical relève uniquement du laboratoire, tel par exemple le diagnostic de paralysie générale établi, en dehors de toute présomption clinique, uniquement par l'examen du liquide céphalo-rachidien ; tel aussi le diagnostic de certains états septicémiques reconnus par l'hémoculture ou le séro-diagnostic.

Il est aussi vrai, d'autre part, que la présence de bacille d'Eberth dans un sang soumis à une hémoculture ne correspond pas nécessairement au diagnostic de fièvre typhoïde. Pas davantage, la réaction de Bordet-Wassermann ne condamne le médecin traitant à conclure à l'existence certaine de la syphilis. Et parce que, examinés à plusieurs reprises, les crachats d'un tousser n'ont jamais révélé, même après homogénéisation, cultures, et inoculation au cobaye, la présence de bacilles tuberculeux, le laboratoire n'a pas qualité pour détourner le clinicien de la tuberculose pulmonaire. Pas davantage, non plus, une réaction de Ascheim-Zondek positive ne peut imposer le diagnostic de grossesse, pour la bonne raison que cette réaction dépend d'une hypersécrétion hormonale qui peut se produire dans certains états pathologiques en dehors de la gestation. Et dans le domaine chirurgical, de même, de multiples coupes d'un seul fragment de pièce opératoire ont beau ne pas déceler la moindre trace des

éléments d'une tumeur diagnostiquée bénigne ou maligne avant l'intervention, l'opérateur ne peut être considéré comme fautif : l'erreur (commise souvent au moment du prélèvement des fragments à fournir), peut tenir à la prise incomplète, tangentielle, ou mal orientée du morceau à examiner. Et il y a aussi le cas de substitution accidentelle ? les erreurs de flacons ? . . . les erreurs d'étiquetage ? . . .

Pour toutes ces raisons, les examens de laboratoire n'ont en général qu'une simple valeur documentaire. Au clinicien, chirurgien, spécialiste, appartient le soin de compiler les résultats et d'éviter de tirer des conclusions erronées. En aucun cas ils ne permettent de négliger l'examen clinique ou de l'écourter, celui-ci étant indispensable pour la bonne interprétation des résultats du laboratoire. N'est-il pas aisé de comprendre que ceux-ci ne constituent en réalité qu'une partie des éléments symptomatiques de l'affection étudiée, au même titre que les symptômes fonctionnels, les symptômes radiologiques ? Il ne s'agit pas de leur donner de parti pris l'avantage sur les autres ; sans doute, dans certains cas, les résultats biologiques occupent le premier plan, mais en restant la partie d'un tout ; dans d'autres circonstances, au contraire, les résultats de laboratoire passeront après la clinique. Par exemple, s'il est essentiel de savoir que telle expectoration contient des bacilles tuberculeux, il est relativement accessoire, chez un adulte et du point de vue diagnostique, qu'une intradermo-réaction à la tuberculine soit positive ; et pourtant, il s'agit là d'une réaction spécifique. Le caractère bacillifère de l'expectoration traduit en effet l'existence d'une lésion pulmonaire tuberculeuse ouverte ; une intradermo-réaction positive ne traduit que l'imprégnation par le bacille, ancienne ou récente ; elle ne signifie pas que les lésions soient évolutives ou actives. C'est dire que si chaque méthode a sa valeur en elle-même, elle ne saurait dominer tout le reste, ses résultats devant être interprétés.

Un autre point capital doit retenir l'attention. De même qu'on ne saurait actuellement se passer d'un examen radiologique pour faire l'étude complète d'une affection pulmonaire, de même on ne saurait se passer du laboratoire toutes les fois que celui-ci permettra, par un moyen quelconque, de recueillir un renseignement de plus. Tout le monde admet actuellement la nécessité de faire l'examen bactériologique des

crachats pour dépister les tuberculoses latentes ou anormales, qui sont fréquentes. Pareillement pour les séro-diagnostic, la nécessité de pratiquer systématiquement la recherche de la syphilis dans le sang, tout comme on devrait faire systématiquement cette recherche dans le liquide céphalo-rachidien comme dernier moyen de contrôle de guérison d'une syphilis traitée. La nécessité dans l'épreuve du séro-diagnostic de Widal de pratiquer la réaction avec les multiples antigènes, et d'y ajouter l'antigène agent des brucelloses, affection assez fréquente de nos jours, et dont les manifestations peuvent prendre l'allure de typhoïde, de tuberculose ou d'affection à peu près inapparente cliniquement. La nécessité, également, des hémocultures dans la plupart des états fébriles aigus, hémocultures pratiquées si possible avant que le patient n'ait reçu les médications stérilisantes — du point de vue bactériologique — par les sulfamidés ou les antibiotiques comme la pénicilline, la streptomycine et autres de même espèce. La nécessité qu'il y a de pratiquer ou de faire pratiquer par le laboratoire la recherche de l'agglutinogène Rh (facteur Rh), dont on a reconnu l'importance pour la prophylaxie de certains accidents dus aux transfusions, pour le diagnostic de certains états pathologiques — en pédiatrie surtout — et pour l'application d'une thérapeutique efficace dans ces mêmes états pathologiques. Et pour le chirurgien, la nécessité d'établir le bilan du fonctionnement organique de son patient avant l'intervention, par les épreuves de laboratoire mises actuellement à sa disposition. Pour l'obstétricien, le gynécologue, l'intérêt des épreuves biologiques pour le diagnostic de la grossesse et de certaines affections tumorales.

Ces quelques exemples d'examens de laboratoire pris au hasard dans l'arsenal immense du laboratoire d'analyses médicales actuel, permettent de se rendre compte de la valeur et de la place que le laboratoire occupe dans la pratique de la médecine et de toutes ses spécialités. Le laboratoire est, pour ainsi dire, devenu la « spécialité des spécialités », depuis que les sciences physiques, chimiques et biologiques nous ont dotés de techniques qui nous permettent de collaborer efficacement avec le clinicien dans toutes les sphères de l'activité médicale contemporaine.

Mais il y a aussi, parmi nos confrères, ceux qui n'ont pas la chance d'avoir à leur disposition, à l'étage supérieur ou inférieur, le laboratoire

qui pourrait leur venir en aide en maintes circonstances. Ce sont les médecins de campagne ou de petits centres, qui n'ont pas la ressource de s'adresser aux laboratoires d'hôpitaux. Force leur est de pratiquer pour eux-mêmes les examens qui permettent seuls l'éluïcation des cas pathologiques soumis à leurs soins. Le font-ils toujours? Avec un peu de soin et d'attention, tout étudiant devenu praticien possède les connaissances nécessaires pour accomplir les examens les plus simples — souvent les plus utiles. Une installation simple, peu coûteuse, un microscope, une menue verrerie et quelques réactifs chimiques et biologiques pourraient leur permettre d'exécuter rapidement un examen d'urine convenable, une numération sanguine, un séro-diagnostic de Widal, une recherche du bacille tuberculeux dans les crachats, et bien d'autres recherches aussi intéressantes qu'utiles. Ces résultats leur fourniraient souvent les éléments d'un diagnostic précoce dont bénéficierait tout de suite le patient auquel ils éviteraient au surplus, dans bien des cas, la corvée d'un déplacement onéreux, pénible et souvent dangereux, vers l'hôpital le plus rapproché, hélas très souvent fort éloigné.

Par réciprocité, le laboratoire se permet de demander aux cliniciens de l'aider le mieux possible, en lui fourniissant d'une façon méthodique, pour chaque cas, un certain nombre d'indications fondamentales utiles, sinon même indispensables, tels sont: le sexe du patient, son âge, la provenance exacte du produit pathologique dont on demande l'analyse. Enfin, le diagnostic de probabilité, sinon de certitude.

On conçoit, sans qu'il soit besoin de développer cette remarque, de quelle utilité sont, pour le technicien biologiste, toutes les données ou indications pouvant le guider dans ses recherches. Ne serait-ce que pour les tâtonnements ennuyeux et les pertes de temps inutiles que ces précautions peuvent éviter. Enfin, il va de soi qu'on tentera de fournir au laboratoire un échantillon d'analyse suffisant, prélevé au moment opportun, et placé dans un récipient destiné à cette fin et fourni par le laboratoire.

Ainsi comprise, l'assistance fournie au laboratoire par le clinicien permet de rendre le travail de son biologiste plus facile, plus intéressant et partant, en retour, plus fructueux.

Cher confrère lecteur, je partage ta responsabilité vis-à-vis de ton patient. Il nous demande à l'un et à l'autre une tâche différente mais dont le but en définitive est le même : le soulager, le guérir. Pourrons-nous le servir comme il convient, comme il a droit et s'attend de l'être, sans une collaboration étroite et continue? La mienne te demeure assurée, et je suis sûr que tu continueras de m'accorder la tienne. Cette collaboration qui, autrefois, ne pouvait exister — et pour cause — s'avère aujourd'hui indispensable à l'évolution d'une médecine efficace et progressive.

LA COMPAGNE DU MÉDECIN⁽¹⁾

par

Wilfrid LEBLOND, M.D.

Professeur titulaire d'Hygiène sociale (Université Laval)

Quand on m'a invité, sans préciser autrement, à faire un exposé sur ce sujet, j'ai compris qu'il s'agissait de l'épouse du médecin ; et la vertu bien établie des initiateurs de cette publication m'interdit toute autre interprétation. Du reste, si par une aberration tristement bourgeoise, et dispendieuse, quelques confrères comptaient d'autres compagnes, il serait inconcevable qu'elles fassent ici l'objet d'une communication ou d'un exposé.

Parlons donc de l'épouse du médecin. Les femmes, même les plus vivantes, partagent avec les trépassés ce droit à ce qu'on n'en dise que du bien : *de mortuis — et de mulieribus — nil nisi bonum*. Ceci facilite singulièrement la tâche à qui veut discourir devant un auditoire féminin sans risques d'être interrompu ou contredit : il n'a qu'à parler des vertus et qualités de ce sexe que seuls les misogynes continuent d'appeler « faible ».

Au milieu de cette abondance de biens, dont le seul inventaire représenterait un travail interminable, il faut quand même se résigner à faire un choix et à déterminer, parmi les qualités de l'épouse, celles qui la distinguent comme la compagne du médecin.

(1) Extrait de la conférence aux épouses des médecins, Congrès de l'A.M.L.F.A.N.
— Juin 1946.

Que nos épouses demeurent ce qu'elles sont: les compagnes *discrètes, dévouées et, pour résumer dans l'expression de la perfection telle que la concevait un de nos vieux maîtres, les compagnes intelligentes et non jalouses de leurs maris, les médecins.*

Dans notre monde actuel, nulle femme n'est associée aussi intimement à la vie professionnelle de son mari que la femme du médecin. Et ce n'est pas une vaine tournure d'esprit ou de mots qui fait que l'on dit et que l'on écrit, en parlant de la femme d'un confrère : « madame docteur . . . ». Il y a là une indication du concept bien ancré dans les esprits de la participation de la femme du médecin à certaines attributions et, partant, à certaines obligations de son mari.

On dira bien qu'en France on appelle aussi « Madame la générale » l'épouse d'un militaire à trois ou quatre étoiles ; mais c'est connu aussi qu'en France, depuis Jeanne d'Arc jusqu'à la marquise de Poutalès, en passant par Pompadour et du Barry, les guerres, les situations et les hommes sont gagnés ou perdus par les femmes. Et ceci ne fait que confirmer cela : la femme du médecin tient en ses mains le redoutable pouvoir d'exalter la réputation de son mari, ou de le précipiter dans les abîmes de l'incohérence professionnelle et de l'oubli du public.

Et c'est ici le moment de rendre hommage à cette vertu que l'épouse du médecin doit pousser parfois jusqu'à l'héroïcité : *la discréption*. La discréption c'est cette attitude silencieuse et réservée qu'elle maintient au contact des événements le plus souvent tristes, parfois tragiques et, quelquefois tragico-comiques, qui sont le fait quotidien de la vie de son mari. Si elle ne voyait ou n'entendait rien de ces événements, sa curiosité naturelle et bien légitime n'en serait point excitée — et son mérite en serait moins grand. Mais l'épouse du médecin est là qui côtoie forcément et constamment l'abîme du secret professionnel ; les cris ou les pleurs qui en montent atteignent ses oreilles, et le jour et la nuit ; des lueurs en jaillissent qui l'aveuglent parfois par leur crudité ; et elle demeure là, silencieuse, n'ayant apparemment rien vu, rien entendu, mais retenant sur ses lèvres la question si naturelle, si humaine : « Qu'est-ce que c'est ? Qui est-ce ? ».

Ça, c'est le respect cultivé du secret professionnel. Cependant, nulle d'entre ces femmes de médecin n'a eu l'avantage d'assister à ces

leçons de déontologie et de morale médicales qui sont données à l'étudiant en médecine au terme de ses études universitaires, nulle n'a prêté le serment d'office, nulle d'entre elles n'a eu besoin qu'au matin de sa vie-à-deux avec un médecin on lui fasse une longue dissertation sur le caractère sacré du secret médical. La femme du médecin doit l'apporter dans l'esprit et dans le cœur ce respect ; c'est la pierre angulaire de son foyer, de l'édifice de sa vie familiale avec un médecin.

L'intelligence se définit sommairement : la faculté de comprendre. Cette faculté n'est évidemment pas l'apanage exclusif des femmes de médecins ; mais il n'est pas téméraire d'affirmer que, chez nul autre groupe d'êtres humains, cette faculté n'est soumise à d'aussi rudes épreuves ! En effet, quelle somme de compréhension il faut à une femme pour s'ajuster à toutes les incohérences sociales et familiales qui sont le propre de la vie du médecin !

Pauvres femmes de médecins, quelle vie impossible pour le commun des mortels que cette journée commencée au creux de la nuit par un appel d'urgence qui, arrachant votre mari aux étreintes du sommeil ou à d'autres plus fortes encore, vous laisse seule, toute éveillée, dans la maison pleine de silence, en attendant le retour de l'époux dans la grisaille du petit-jour ; les enfants qu'on fait lever en silence — contre toute nature — pour éviter de réveiller le père qui a passé la nuit « aux malades » ; les repas pris à la hâte ou aux heures les plus fantaisistes et le plus souvent dans le morne mutisme de la fatigue ou du souci causé par un malade qui « va très mal ». L'appel — toujours d'urgence — qui ne rate jamais son coup au début de cette belle soirée que vous vous étiez promise au concert, au cinéma, ou tout simplement en tête-à-tête à la maison, soirée que vous passez désorâis à attendre, dans vos beaux atours, le retour de l'époux, en regardant à la pendule l'heure qui fuit, et, à votre corsage le bouquet qui se fane comme la joie que vous croyiez tenir de ces rares instants de bonheur qui vous sont encore dérobés.

Et les enfants ! Les pauvres enfants de médecin que la mère élève toute seule ; les enfants de médecin qui — tout comme leur mère — n'ont même pas leur père pour les soigner quand ils sont malades ! Quelle est la femme de médecin qui, inquiète de la santé de l'un de ses

enfants, n'a pas eu au moins une fois dans sa vie cette réponse ahurissante, de son mari : « Je ne sais pas moi . . . fais ce que tu pourras . . . ou demande un médecin ». Est-il une plus rude épreuve pour l'intelligence d'une femme que celle-là ! Et il y en a bien d'autres : c'est ainsi que la femme du médecin se résigne très vite à n'être jamais malade, sachant que, tout comme les enfants du savetier sont les plus mal chaussés, la femme et les enfants du médecin sont les plus mal soignés. Pour la femme du médecin, inutile de songer qu'on va arriver à l'heure quand on se propose de dîner en ville, ou pour le premier acte au théâtre. C'est entendu il éclate régulièrement ces soirs-là une épidémie massive, une pandémie chez les clients du docteur. Elle ne doit pas se récrier ou s'attrister de l'ignorance apparente de son mari lorsqu'il demeure sans réponse — ou avec l'air de ne pas savoir — devant un barrage savant de questions sur la médecine que lui pose un monsieur important et sérieux. Le docteur est en train de donner une leçon d'étiquette à un raseur qui veut le taper d'une consultation.

Par ailleurs, elle doit demeurer sereine, et même sympathiquement intéressée lorsqu'au bridge, au thé, dans le dernier salon où l'on cause, l'hôtesse déclare du haut de sa fonction : « C'est un prince de la science ! C'est le meilleur médecin . . . » en parlant d'un autre médecin. Il lui faut aussi apprendre l'art honnête des restrictions mentales dans le meilleur esprit de conservation de l'espèce *Homo medicus*, et n'apprendre que juste assez de l'art pour prescrire le traitement symptomatique qui ne guérira certes pas le patient, mais dont il ne mourra pas non plus, pas du moins avant que le médecin n'arrive. Exemple concret de cette règle, qui m'a été fournie par un confrère de la campagne : une heure du matin, le téléphone sonne. Le mari est là, écrasé, fourbu après une rude journée de travail. Madame décroche l'acoustique d'une main et, étouffant la sonnerie de l'autre : « Je regrette, le docteur n'est pas là. (et, en effet, le « pôvre » n'y est pas du tout !) — Est-ce urgent ? — Mais oui, lui dit l'autre. (L'« autre », c'est un autre mari rentré tard d'un banquet aux huîtres, ou de quelque souper dit « canadien » où on lui a fait bouffer quantité de patriotiques abominations). Le diagnostic est clair, la thérapeutique de la femme du docteur est nette : « Mettez-lui donc ceci sur l'estomac ; faites lui prendre une cuillérée à thé de

cela. (Elle n'ajoutera pas : « c'est ce que je fais prendre à mon mari quand il est comme ça ».) Ça va se calmer, et dès que mon mari sera revenu il ira chez-vous. » — « L'autre » est désormais rassuré, tout va bien, et la femme peut regarder son mari avec l'air de lui dire : « Ce qu'il en a de la chance d'avoir une femme comme moi ». Et le mieux, c'est qu'elle a raison !

Malgré son bagage de connaissances médicales qui va s'accroissant, la femme du médecin doit cependant résister à la tentation de poser le diagnostic différentiel. Le danger viendrait moins de ce que son diagnostic vienne en conflit avec celui du docteur, son mari, que du fait éclatant et impardonnable que le diagnostic de la femme soit le meilleur, et que les faits viennent ensuite le confirmer. Ça, par exemple, c'est la maladresse impardonnable, l'invitation à la grande scène, prélude de la séparation de corps et biens !

« Femme de médecin, quand les flots de la science bouillonnent en vous et que la lumière jaillit en votre cerveau, alors que vous sentez que votre mari marche à tâtons dans le dédale de sa science incomplète ; c'est le temps de pratiquer l'héroïsme silencieux, et de vous apostropher vous-même dans les termes du poète à son Égérie : sois belle, et tais-toi ! ».

Intelligente et non jalouse, la compagne du médecin. A ce chapitre de la jalousie chez la femme du médecin, un autre de nos vieux maîtres aurait dit : « Passez, mortels, n'appuyez pas ! » Et Léon Daudet, ce génial évadé de la médecine, dirait, en présence d'un auditoire de femmes de médecins : « Si vous voulez parler de cela ici, il faut vous taire ou vous en aller ailleurs ! » Eh bien ! non, il faut en parler ; car enfin, il y a jalousie et jalousie. Il y a jalousie active et jalousie passive, méri-toire, anoblissante même.

A côté de la jalousie « active », qui se définit : la disposition ombrageuse d'une personne qui aime et qui craint que la personne aimée n'éprouve un sentiment pour quelqu'autre, ou ne soit infidèle, il y a une jalousie « passive » qui se définit : sentiment de tristesse qui nous envahit de ce que on ne possède pas ce qu'un autre obtient et auquel on a un droit.

La première de ces formes de jalousie ne peut être que le propre des âmes viles, ou bien, elle trouve son point de croissance dans une complexion d'infériorité. Ça ne peut être que le cas de personnes qui ont, dans leur affection, placé la profession de leur mari au-dessus de sa personnalité propre. Elles n'ont pas épousé l'homme, elles ont épousé le médecin. Or, si l'homme leur appartient, malheureusement pour elles le médecin appartient à ses malades. Leur veuvage a donc commencé au retour du voyage de noces, dès le premier appel aux malades.

Autre chose est donc la jalousie « passive », sentiment qui honore à la fois celle qui en souffre et celui qui en est l'objet. Et si la femme du médecin n'a pas cette jalousie passive, très louable, c'est qu'elle n'aime guère son mari, ou que celui-ci ne lui donne aucune raison d'être triste lorsqu'il n'est pas là. Car, enfin, même si elle s'est resignée dès le début de sa vie conjugale à ce que cet homme, qu'elle a le droit de croire bien à elle, de considérer comme le vase exclusif de ses confidences, et comme le curateur non moins exclusif du trésor de ses charmes, à ce que cet homme, ce mari, soit pris au long des jours — et souvent des nuits — à recevoir les confidences les plus effroyablement intimes d'autres personnes, et forcé d'explorer cette intimité étrangère, ramenant chaque jour au foyer le poids tellement lourd de ces intimités d'autrui qu'il en est saturé au point de ne plus pouvoir apprécier celles de sa femme, — même si elle s'est resignée d'avance à tout cela, il est inconcevable que l'épouse du médecin n'en éprouve pas moins ce sentiment de tristesse de ce « qu'on ne possède pas ce qu'un autre obtient ».

C'est là la jalousie passive supportée sereinement, sans délectation morose, qui est le partage naturel de la femme du médecin, et qui lui confère cette attitude particulière de calme, cette douceur de caractère qui est la signature des âmes nobles portant en elles-mêmes un aiguillon douloureux librement accepté.

Parler de dévouement au sujet de la femme du médecin c'est vouloir décrire l'éclat du soleil, la chaleur de la flamme, le parfum de la rose, c'est vouloir, suivant un héllénisme évoqué par le Prof. Louis Berger : « apporter des hiboux à Athènes ». — On ne discourt pas sur l'évidence même. — Cependant bien des écrivains, bien des poètes l'ont tenté, conscients néanmoins de leur indignité devant la noblesse du sujet.

Parmi les poètes je veux n'en retenir que deux : l'un, vieux médecin canadien, dont la muse devenue podagre marquait dans ses vers plus de soucis pour ses pieds que pour ses ailes. Chez ce rimailleur incorrigible, l'admiration, tantôt pratique, tantôt idéaliste, mais toujours attendrie, tient lieu de souffle, et voici ce qu'il écrit, du moins en partie, car j'en passe et des meilleures :

« La femme du docteur . . .

Moins habile à broder qu'à recoudre un bouton,
 Experte à remplacer par son art culinaire
 Le cordon bleu qui manque un cas très ordinaire.
 Ne singe pas Frou-frou qui, devant sa psychée,
 S'attife au long du jour de vains colifichets.
 Habilée avec goût, sans être une poupee,
 De plaisir à son mari seulement occupée ;
 Par son humeur aimable et le soin des repas
 Sait lui faire oublier son client au trépas. »

Ici, il y a une strophe entière coupée par la censure . . . Tout ce qu'on peut en dire c'est que le bonhomme, à cause de son âge, prouvait par là qu'il y a des choses dans la vie qui ne meurent qu'un quart d'heure après le *Libera*. Et je continue . . .

« . . . jamais ne le soupçonne
 Quand vient consulter une belle personne
 Pimpante, et peu malade au moins apparemment,
 Le croit resté fidèle au divin sacrement.
 Comme un confesseur, s'il doit guérir des plaies,
 Sans voiles, sans pudeur sous ses yeux étalés,
 Son cœur n'est point jaloux, sûre que ces appâts
 Contemplés par devoir sur lui n'agiront pas. »

Et l'envoi :

« Femmes de docteurs, si désintéressées,
 Si douces à guérir nos pauvres âmes blessées

Aux luttes de la vie, aux ronces du chemin,
O femmes de docteurs,
Dignes des vers parfaits d'un immortel Samain. »

A ces vers qui, malgré leur sincérité, fleurent le pétrole lampant autant que la verveine et l'eau de Cologne, je préfère ceux d'un autre poète, les vers que Jean Racine dédiait inconsciemment à l'épouse du médecin dans son *Cantique à la charité* :

« . . . fille de la Grâce,
Avec toi marche la douceur
Que suit avec un air affable
La Patience, inséparable
De la Paix son aimable sœur.
Libre d'ambition, simple et sans artifice,
Autant que tu hais l'injustice,
Autant la vérité te plaît.
Que peut la colère farouche
Sur un cœur que jamais ne touche
Le soin de son propre intérêt.
Aux faiblesses d'autrui loin d'être inexorable,
Toujours d'un voile favorable
Tu t'efforces de les couvrir.
Quel triomphe manque à ta gloire ?
L'amour sait tout vaincre — tout croire —
Tout espérer — et tout souffrir. »

DÉONTOLOGIE ET ÉCONOMIE MÉDICALES

Leçon inaugurale (1)

par

C.-A. GAUTHIER, M.D.

Professeur agrégé à l'Université Laval

PRÉAMBULE

Il a plu aux autorités de l'Université Laval, sur la recommandation du Doyen de la Faculté de médecine et de son conseil, d'instaurer une nouvelle chaire d'enseignement dans le domaine pratique et très réaliste que la terminologie moderne, bien que non toujours très juste, appelle l'économie médicale.

Nous croyons que cette courte série de leçons devra consister en des entretiens familiers plutôt qu'en des lectures de notes et des commentaires rédigés.

Cependant, pour nous conformer à la coutume qui veut que l'ouverture du cours en une nouvelle matière soit le sujet d'une présentation plus élaborée et d'un caractère plus particulier, cette première leçon sera lue. Il nous semble à propos de débuter par des considérations fondamentales et d'ordre général, connexes aux deux grands sujets que nous traiterons ici : la déontologie et l'économie médicales.

(1) Prononcée à la Faculté de Médecine, le 17 février 1947.

Nous voudrions, aujourd'hui, en étudiant l'essence même des mots *éthique, déontologie et économie* et ce qu'ils impliquent par définition, en regard de leur alliance avec la médecine, nous voudrions insister sur l'importance et la quasi-nécessité du mariage pour ainsi dire des deux matières en une seule série de leçons ; puis, tout comme ce que l'on voit dans plusieurs mariages, tenter de faire ressortir et le parallélisme et l'opposition tous deux apparents et réels des deux disciplines. Troisièmement, toujours à cause de ce mot mariage que nous avons employé, nous voudrions nous arrêter un peu sur les pensées qui nous viennent à l'esprit quand on songe aux facteurs liberté et sécurité en tant qu'applicables à nos activités professionnelles. Enfin, puisqu'il nous faudra bien employer la terminologie des sciences économiques, nous commenterons les termes consommation, production, valeur, offre, demande et abus et nous verrons jusqu'à quel point et en quel sens ils sont applicables à l'esprit médical.

L'on entrevoit d'ores et déjà que, forcément, nous devrons nous limiter dans notre discussion de ces quatre points puisque chacun d'eux pourrait lui-même faire le sujet, sinon de plus d'une leçon, au moins d'une leçon entière.

POURQUOI CES LEÇONS ?

Si l'Université a décidé, après délibérations, d'établir ce cours d'économie à la Faculté de médecine, ce n'est certes pas dans le but de surcharger un programme déjà vaste et étendu, pas plus que dans celui de déclencher une réaction négative de la part de l'étudiant déjà très pris par l'étude des matières qu'il doit nécessairement posséder dans la poursuite du but qu'il s'est, en toute liberté de choix, lui-même fixé.

Certes, point n'est là le but. Car si l'université doit fournir éducation et enseignement, il est aussi de son devoir d'orienter cet enseignement, et de l'amender, et de l'amplifier, et de l'étendre en fonction des métamorphoses, des orientations et des exigences qu'apporte le temps. Elle sait que « qui pense seulement en fonction de la minute ne saurait survivre à la minute ». (Jaloux.)

Elle veut que les membres du groupe ethnique qui sortent de ses écoles « survivent à la minute », et comme « gouverneur n'est pas at-

tendre que les événements nous montrent la route, pas plus que guider un aveugle ne consiste à fermer les yeux avec lui » (Jaloux), c'est précisément parce qu'elle a « conscience de l'avenir qu'elle a le droit de parler du présent ». (Jaloux.)

L'université éduque, enseigne et oriente. Elle fait le point, elle laisse entrevoir les sommets et dirige vers ces sommets ; elle indique les routes fausses qui en éloignent, les pics qu'il faut contourner, et les précipices qu'il faut franchir. Et pour ce, elle s'efforce de fournir à celui qui veut atteindre ces sommets tout « l'équipement » possible pour lui venir en aide. Libre à l'étudiant, encore une fois, de se servir de ce qui est mis à sa disposition, comme il était libre à lui de s'engager dans la route vers le sommet. L'université agit en fonction de demain. Elle sait que « ce ne sont pas les pensées que nous exprimons qui fournissent la preuve de notre intelligence, ce sont les actes que celle-ci nous inspire », et elle applique à ses gestes propres, cette ligne de conduite qui doit être celle de l'individu. « Celui qui déborde de vie, rayonne » comme l'a dit le secrétaire général de l'Université Laval.

C'est toujours en fonction de demain qu'elle sait que si le médecin doit posséder humanités et connaissances scientifiques professionnelles, il lui faut aussi acquérir le sens des réalités, en connaître les exigences, et entrevoir non seulement les nécessités mais les contingences du milieu dans lequel il vivra, si terre à terre soient-elles. Autrement, c'est un médecin irréel, un soldat sans armes et un ouvrier sans outils qui s'engage dans le service de la population et le gain de sa propre subsistance.

Et tout comme elle veut ce médecin scientifiquement formé à la discipline d'Esculape, tout autant elle le veut « averti » au point de vue économique, avant qu'il ne « se lance » dans sa pratique professionnelle, en contact quotidien avec un monde qu'il ne devra pas alors « découvrir », mais dont il devra au moins avoir entendu parler pour ainsi éviter les désillusions parfois amères des premiers contacts, ou tout au moins les désagréables surprises inhérentes au « jamais vu ».

Elle désire que le jeune médecin ne soit pas un ignorant des questions de dure réalité et d'ordre pratique dans le domaine socio-économique, du moins en ce qui le concerne directement. Ainsi elle espère éviter que, manquant d'expérience et de sens pratique, il aille financièrement

grever, dans le cours de la première année de pratique médicale, les quelques années qui suivront. Et c'est parce que « les universités sont beaucoup plus que de simples institutions d'enseignement » selon l'expression du Recteur de Laval, que l'université veut tout cela.

Et puis, plus le médecin canadien-français est « averti » plus grandes sont les chances de succès personnel. Plus nombreux sont les succès individuels, plus grande est la puissance du groupe. Plus puissant est le groupe, et plus étendues ses connaissances, plus nombreux sont les « compétents » prêts pour les postes de commande et ce, pour le plus grand bien du pays.

Voilà le pourquoi de ces leçons d'économie médicale. Fasse le ciel que celui qui en est chargé réussisse à seconder l'université dans son but.

Mais la tournure d'esprit que nous avons acquise, autant par la formation classique que par la discipline de Cos, nous a habitués à associer le mot économie à l'industrie, au commerce et à la finance. Et c'est presque vrai puisque ni les sciences médicales ni les sciences économiques ne se connaissaient à peu près l'une et l'autre quand elles furent déjà associées l'une à l'autre sous le titre d'économie médicale.

Et le médecin ne sera pas un économiste au vrai sens du mot pas plus qu'il ne sera un homme d'affaire au vrai sens du mot. Il ne doit pas plus s'isoler dans une tour d'ivoire, qu'il ne doit tout considérer sous les vocables de valeur, consommation, offre, demande, etc. Il doit et devra demeurer disciple d'Hippocrate; et c'est précisément à cause de la possibilité des dangers d'un matérialisme outré et, je dirais, trop objectif, que les principes fondamentaux anciens et honorables, nobles pendants du serment d'Hippocrate, viendront à la rescousse pour tempérer ce qui pourrait s'avérer comme une addition trop brutale, ou même pour certains esprits une intrusion dans la mentalité professionnelle.

Voilà aussi pourquoi les autorités de l'université ont favorisé le mariage de la très vieille et très respectée déontologie médicale avec la jeune et plus osée économie médicale.

La noblesse et l'expérience de la première devront tempérer le bon vouloir et l'enthousiasme de la seconde. Si les deux doivent vivre ensemble, qu'elles fassent donc bon ménage ; que les *virtus* et la discréption de l'une fassent contrepoids au sans-gêne et à l'exubérance de l'autre.

On le devine déjà, par son essence même ce mariage n'en peut être qu'un de raison et l'on sent déjà les difficultés poindre à l'horizon. Ce sont ces difficultés que nous allons maintenant essayer d'aplanir.

PARALLÉLISME ET OPPOSITION DES DEUX DISCIPLINES

Avant de vouloir comparer et opposer certains termes et les idéologies qu'ils impliquent, nous nous devons d'en concevoir clairement la nature. Nous essaierons de cristalliser ces conceptions en étudiant les strictes définitions des mots, en jetant un coup d'œil sur leurs origines et en faisant certaines considérations que je dirais d'ordre métaphysique. Il en résultera donc des commentaires à tendances socio-philosophiques qu'il nous sera assez difficile d'éviter. Et pourquoi pas? — si nous craignons les mots que ferons-nous alors des idées? Puis, nous appliquerons et ces définitions et ces origines et ces philosophies communes à l'esprit de la médecine pour souligner ce qui les en rapproche tout autant que ce qui les en éloigne.

Le mot éthique, si souvent prononcé, nous semble aussi bien fréquemment mal interprété pour ne pas dire incompris. Pris comme substantif, sens dans lequel il est maintenant le plus souvent employé, il provient du grec (*εθικος*) et signifie : « science de la morale ».

Comme on s'en rend compte il est bien proche parent du terme déontologie (*δεοντος*, *οντος*, *λογος*) qui se définit : « science qui traite des devoirs à remplir ».

Tenons-nous en à ces seules définitions puisque nous y reviendrons en examinant leurs fondements et origines. Mais nous pouvons, dès maintenant et sur le seul mérite de la définition, y ajouter l'adjectif complémentaire « médical », sans effort et en pleine compréhension de ce que ces mots impliqueront. Il en sera ni complètement ni aussi facilement de même pour le mot économie.

La langue française, à mon avis, ne s'est pas encore tout à fait réconciliée à l'emploi du terme économie, dans le sens anglophone du mot *Economics* (au moins sous certains rapports). A tel point, que nous ne pouvons nous servir de la définition du simple mot pour nous satisfaire ; nous devons recourir à des mots composés tel que *économie politique*,

économie sociale, économie rurale. Bien plus, ce sera par analogie que nous parviendrons à définir l'économie médicale, définition que l'on ne retrouve même pas dans l'encyclopédie britannique, alors que l'on reconnaît que c'est dans les milieux de langue anglaise que la production écrite est la plus poussée sur le sujet.

On a déjà défini l'économie « la science de la richesse et de son emploi ». Cette définition a été rejetée et on a maintenant tendance à considérer que c'est « la science qui a trait aux problèmes universels de la vie économique en général ». Cette définition nous semble peu satisfaisante puisqu'elle contient elle-même le terme à définir.

Cependant, elle nous permet déjà de nous rendre compte qu'au strict point de vue éthique, cette science a évolué, puisqu'elle abandone, par définition, le sujet même de la matière à l'étude (la richesse et la manière de l'atteindre) pour se tourner plutôt vers la considération des buts à atteindre et des moyens à employer pour atteindre ces buts avec la richesse. Il y a là grande différence. Si les causes sont étudiées, la fin ne sera donc plus négligée et automatiquement aussi les notions de *bon* ou de *mauvais* ne devront plus être laissées de côté dans l'étude de cette science. Or, *bon* et *mauvais*, impliqueront *conscience*, *morale*, *éthique* et même fatallement *devoirs à remplir*. Mais nous verrons qu'ici certaines lignes, loin d'être parallèles aux conceptions hippocratiques, auront plutôt une direction assez nettement divergente. Mais n'anticipons pas.

On dit que l'économie sociale est « l'ensemble de la science des lois qui régissent la société et ses intérêts ». Par ailleurs, on considère l'économie rurale comme « la science des moyens de tirer profit du sol ».

Il nous semble bien voir dans ces deux définitions l'antithèse dont nous parlions tout à l'heure.

Tenant compte de ces diversités de buts, des exigences de l'éthique professionnelle et des contingences nées de notre temps, nous tenterons de définir l'économie médicale : l'étude des effets de l'évolution des phénomènes sociaux sur la vie médicale et les gestes qui en dépendent, et des moyens à prendre pour maintenir les standards professionnels, en tenant compte tout autant des intérêts de la société que de ceux du groupe professionnel.

En principe, une définition doit être courte et simple ; celle-là est longue et complexe. A cause du caractère personnel que nous lui avons donné, il faut peut-être que nous l'analysions un peu.

D'abord nous situons le sujet, c'est-à-dire les répercussions ou effets des causes extrinsèques ; puis, les causes elles-mêmes — par là nous comprenons les altérations des idéologies et des tendances sociales, et enfin, l'objet, les réactions de la profession médicale. Tout de même, l'objet n'est pas unique puisque, de par sa nature, la profession est au service de la société. C'est pourquoi, tout en désirant maintenir la dignité professionnelle à son niveau élevé, il faudra cependant que toute altération de pensée et d'action chez la gent médicale, soit toujours dirigée dans le sens de « servir la population » d'abord et de prévenir les abus ensuite (impliquant devoirs et droits), d'où la dernière partie de la définition. Je sais fort bien qu'il est dangereux de tenter de définir. Nous aurions pu sans aucun doute transcrire ici ce qu'il eut été probablement facile de trouver ailleurs. Mais c'est justement parce que nous avons accepté ce nouveau champ d'action, que nous voulons aussi y exprimer nos vues, peut-être discutables d'ailleurs. L'expérience, sans doute, se chargera de corriger les façons de penser, et d'en redresser les expressions.

Mais une raison plus sérieuse nous pousse à définir, donc délimiter l'économie médicale. C'est que si, en économie générale, on s'est, depuis quelques années, efforcé d'inclure les concepts *éthique* et *morale*, à plus forte raison devons-nous l'exiger en économie médicale. Et si, par ailleurs, il existe certaine opposition entre déontologie et économie, efforçons-nous au moins d'en souligner les traits de parallélisme, sinon d'affinité, et demeurons d'abord et toujours disciples d'Esculape, même dans la matière des études. Que le bien de la population soit au premier plan, lors même que l'on se trouve dans des conditions telles qu'il nous faille considérer la protection du groupe professionnel.

Parce qu'en définitive les fondements mêmes des deux philosophies sont assez divergents, avouons-le. Alors que l'économie songera fatalement au mot valeur dans le sens de profit à retirer et moyen d'acquérir par l'entremise de marchandise à vendre, la médecine elle, aura toujours et continuera toujours de voir dans le mot valeur, une notion plus

élèvée, moins matérialiste, impliquant le « bien en découlant » et le « ce qu'il faut faire ». C'est là un point où s'affrontent les deux disciplines.

Prenons un exemple plus concret et certes pas très agréable. En économie, pourrions-nous mettre en doute la « valeur » des médicaments brevetés en vente partout et pour tous ? Les chiffres seront là pour le prouver au point de vue affaires. Et cependant, la déontologie médicale nous dira avec assurance qu'il n'y a pas là de « valeur » au sens qu'elle donne à ce mot. C'est que la médecine considère comme valeur le résultat pour l'individu et la société.

Valeur en économie indique quantité de marchandise et médium d'échange qui sera « payé » sur le « marché ». Le critérium de l'économiste nous semble le suivant : le désir de l'acheteur est-il suffisamment développé pour que tel effet rapporte bon prix ? Tout nous semble réduit à cela.

Mais l'éthique distingue entre chose « désirée » et chose « désirable ». Nous y reviendrons en étudiant la question de sécurité. Mais dès maintenant, nous dirons que le bien ou le bon désiré, matériellement parlant, nous semble bien relatif et aléatoire.

Le plus pur diamant ne représentera rien de désirable pour l'homme perdu dans le désert, alors que rien ne hantera plus son désir que l'eau. Et pourtant, si l'on ne pense qu'au terme « valeur », l'objet du désir dans le cas présent s'obtient ordinairement pour rien.

Dans l'économie n'est-ce pas production et consommation (ou emploi) qui règlent le tout ? Où est-il donc question des rapports entre individus. En un seul endroit seulement avons-nous rencontré semblable allusion ; on peut traduire ainsi : « La différence essentielle entre la production de marchandise et le service professionnel (on dit production de service !) est que la première représente un effort humain appliqué à la marchandise, tandis que le service professionnel s'adresse à d'autres personnes ». Et c'est tout. Oui, en effet, la différence est bien essentielle. Mais si fondamentale qu'elle nous paraisse cette différence a cependant été mise en doute par certains groupes d'économistes de langue anglaise tels que ceux du groupe dit *Welfare* et les *institutionalists*.

Le philosophe et économiste John Ruskin s'était insurgé contre ce divorce de l'éthique et de l'économie dont les deux groupes plus haut nommés s'étaient fait les propagandistes, et cependant il ne fut à peu près pas écouté. Et ce n'est que depuis peu d'années que l'on se reprend à croire que les événements et le temps lui ont donné raison. C'est là un autre point dont il faudra se souvenir quand nous étudierons les origines des disciplines déontologique et économique. Par contre, jamais la médecine n'a admis ce divorce de l'éthique et de l'économie car la notion de ce que doit être la qualité des rapports patient-médecin sera toujours profondément ancrée dans l'esprit médical, et toujours cette qualité sera-t-elle l'objet d'une protection jalouse. Ce sera même là un point très important d'opposition de la part du médecin vis-à-vis des répercussions de « l'évolution des phénomènes sociaux » en général, et la grande source de conflits entre la profession et les gouvernements à tendances étatisantes.

Allons plus loin. Qui dit capital en économie comprend en général l'outillage matériel. Il est plus difficile d'établir ici un rapprochement complet, et pour cause ; mais en médecine (pour nous servir de terminologie économique), qui dit capital investi pour réaliser le « service » médical ne pense pas tant à argent requis pour les études ou à l'outillage matériel nécessaire à la pratique. La différence de conception est beaucoup plus profonde et l'opposition plus marquée. Le capital consiste dans l'instruction et la culture personnelle du médecin, à tel point que quelque soit le montant d'argent déboursé pour mener à terme toutes les études requises, ce ne sera jamais (ou ne devra jamais être) en fonction des déboursés passés que le médecin devra considérer son revenu futur. Et là n'est pas non plus l'attitude professionnelle. Au contraire, la proposition est inversée, et c'est seulement parce que le médecin recherchera d'abord le bien du malade et du public (mais n'est-ce pas là répétition et pléonasme !) qu'il pourra par la suite, et en conséquence seulement, acquérir un revenu lui permettant de « balancer » les déboursés passés. C'est là un attribut personnel et c'est le capital du médecin.

Le capital industriel est totalement impersonnel. Le capital professionnel est l'individu-même et ce qu'il a réussi à amasser de valeur, puis-

que nous retenons le mot. Mais, cette fois, disons aussi *valeur-compétence, valeur-culture, valeur-rapports.*

Et puisque nous voici à étudier comparativement les termes de l'économie en regard de la médecine, et ainsi unissons en un ce qui aurait pu constituer deux chapitres différents, ajoutons donc que ce sera presque entièrement cette valeur qui inspirera nos lois d'offre et de demande.

Car quelles que soient la qualité et la richesse de l'instrumentation qui pourra se trouver en certaines mains, quelque générale pour tous les médecins que pourrait devenir l'uniformité de « l'outillage », jamais les mêmes résultats « en série » ne pourront être atteints ; la production-service ne va pas de pair avec la production-marchandise à « outillage » égal si l'on peut s'exprimer de la sorte. C'est que, encore une fois, le capital est personnel.

Valeur de compétence, c'est-à-dire, études faites dans le but de savoir, et poursuivies plus tard aussi dans le même but. Valeur des rapports, c'est-à-dire, maîtrise du savoir-faire et du faire-savoir avec ce que cela implique de compréhension sympathique, de dévouement sans effort et de discernement de bon aloi. Valeur de culture. Ici, une courte digression.

Vous souvenez-vous du petit Justin, ce petit israélite idéaliste, cultivé mais, paraît-il, si peu pratique, que l'on retrouve souvent dans la *Chronique des Pasquier*, de Georges Duhamel ? Dans une de ses lettres adressées à son ami Laurent (*Les Maîtres*) il écrivait, le pauvre homme : « Au fond, le peuple méprise la culture, car il voit qu'elle n'est pas nécessaire pour occuper les plus hauts postes ; il comprend que l'on peut s'en passer. » Oui, et c'est Duhamel qui lui a fait écrire cela ; peut-être le petit Justin était-il moins idéaliste qu'on ne le croyait...

Mais, ailleurs et avant, Ed. Herriot avait aussi écrit : « la culture c'est ce qui reste quand on a tout oublié. » Les uns ont dit que cela sentait la boutade, les autres en ont admiré la profondeur de sentiments. Boutade ou non, j'aime mieux la seconde citation que la première et me plaît à me redire ce qu'a déjà écrit Antonio Barbeau : « chez le médecin, il y a donc trois sagesses, celles de son métier, de sa culture générale, de sa philosophie de la vie... Dans son geste médical, il y a, conscientes

ou non d'elles-mêmes, toute sa culture générale, toute sa philosophie de la vie. »

Pour qu'il y ait du « style dans les actions de la vie » (Jaloux) (professionnelle ou non), et parce que « à l'arrière-plan de toutes ses pensées, de toutes ses actions; il y a toute sa personne » (Barbeau), le médecin devra d'abord et sans doute posséder une culture médicale, mais aussi chercher à accroître sa culture générale. Et ce, à plus forte raison en fonction de son rôle inévitable de sociologue. Appelé, de par la nature même de ses activités, à orienter et guider en maintes circonstances, le médecin n'aura jamais le droit de se fier à sa seule intelligence, car autant « l'intelligence sans jugement est course sans but », autant il n'y a pas de mérite à avoir du talent. Mais il y aura mérite si le médecin a fait servir son talent à orner son intelligence de la culture générale nécessaire pour porter jugement, acte qui ne se fait que par comparaisons, et qui presuppose donc connaissance des points comparables. Car c'est par le soin qu'il aura mis à enrichir sa culture, que le médecin acquerra les éléments nécessaires pour porter jugement sain et utile. Par suite, et pour revenir à une terminologie qui nous surprend toujours, sa production-service étant utile à ses concitoyens et recherchée par eux, il en résultera pour le médecin, au point de vue économique, une demande de la part du public, demande qui sera justifiée par la qualité de l'offre et la nature du « capital » qu'il aura mis à la disposition du peuple.

Voilà, messieurs, quelques-unes des idées que signifient et impliquent les mots valeur et capital vis-à-vis de la pensée hippocratique.

Il y aurait encore un autre point sur lequel nous pourrions offrir quelques considérations et confronter les deux disciplines, toujours en nous servant de la terminologie économique. C'est au sujet de la « production » et de l'« emploi » (toujours, bien entendu avec la réserve que ces termes appliqués aux « services » médicaux sont une dissonance totale, et que les points de comparaison entre économie industrielle et médicale pèchent par leur base et sont d'emploi tout aussi factice que forcé). Mais nous aurons tellement l'occasion d'y revenir dans un autre chapitre, alors que nous considérerons les éléments de liberté et de sécurité, qu'il y aurait grand danger de redire. Nous les laisserons de côté pour le moment et ne dirons que ceci : la « production », c'est-à-dire la nature

et qualité du « service » rendu par le médecin, nous l'avons vu, est réglementée par l'étendue des connaissances du métier d'abord et générales ensuite qu'il a acquises. Elle est cependant fortement conditionnée par un élément extrinsèque cette fois, c'est-à-dire que la « consommation » (ou préféablement l'emploi des services médicaux) dépend indirectement des besoins et exigences de ceux qui bénéficient des services. L'on entrevoit déjà un autre aspect de la question, celui de l'abus, et nous y reviendrons. Ajoutons seulement ici cette sentence qui nous semble appropriée et bien à sa place : « Il y a un élément d'appréciation que les économistes, les sociologues, les financiers et les physiocrates omettent toujours dans leurs plans : c'est la nature de l'homme. » (Jaloux.)

Nous avons, sous certains rapports, exposé la divergence dans les fondements des deux disciplines.

Ne sera-t-elle pas davantage marquée si nous jetons un coup d'œil sur leurs origines.

Vouloir remonter aux origines de l'éthique pure, en tant que telle, c'est-à-dire, comme nous l'avons vu, science de la morale, nous paraît présomptueux pour le moment et ne comporterait ici qu'un intérêt purement didactique. Nous croyons, cependant, qu'il convient plutôt de la situer dans l'échelle des processus des connaissances humaines, et pour ce, nous nous inspirerons des enseignements thomistes tels que développés par Jacques Maritain dans son volume *Du Régime temporel et de la liberté*.

Nous avons vu déjà qu' « être libre est de l'essence de tout esprit » ; c'est aussi « être maître de son jugement », autrement dit posséder le libre arbitre — mais pour juger il y a choix, donc connaissance. C'est dire que la « liberté presuppose la nature », ou encore que « l'éthique presuppose la métaphysique et la philosophie spéculative », c'est-à-dire connaissance et de l'être et de ses lois. La métaphysique devient donc « une condition nécessaire de la morale ». Et, finalement, on conçoit avec Maritain que « l'éthique, qu'on peut regarder comme le rationalisation de l'usage de la liberté . . . s'appuie donc tout entière sur la connaissance spéculative. Mais elle-même, n'est pas une connaissance spécula-

tive ; elle est un savoir pratique » . . . « La métaphysique est nécessaire, elle n'est pas suffisante à la constitution de la morale ».

Si on veut pousser plus loin on dit que le « savoir spéculatif » . . . « connaît pour connaître » tandis que le « savoir pratique » . . . « connaît pour agir ». D'où la morale est d'ordre pratique car c'est saint Thomas qui écrit « des choses qui sont à faire on n'a une science parfaite que si on les connaît en tant même qu'elles sont à faire ». (*Somme théologique*.) En conclusion, nous disons que la morale devient aussi nécessairement « une science pratique de l'usage du libre arbitre ».

Ce qui précède peut paraître strictement spéculatif et de peu de portée sur le sujet que nous nous sommes fixé pour étude. Mais ce ne devra être là qu'une impression et non un jugement car nous avons suivi la progression et pouvons maintenant nous rendre compte que « l'intelligence pénètre ici dans le domaine propre de la volonté ». Nous pouvons aussi ajouter que pour nous, médecins catholiques, dans la philosophie thomiste, et c'est Maritain qui conclut, « le monde de la morale est un monde à part, monde pratique distinct du monde spéculatif, monde de la liberté distinct du monde de la nature ».

Et pour nous, médecins, de là à la déontologie médicale pure la transition sera insensiblement franchie. Mais avant de faire ce pas, il sera bon de se souvenir qu'à la morale s'associe ce commentaire du père Payen au sujet de la déontologie : « en toute morale, les droits et les devoirs sont si étroitement liés qu'ils relèvent de la même science ».

Quelles sont donc les sources et origines de la déontologie médicale ?

Si l'on parle d'origines mêmes nos lectures nous apprennent par l'histoire de la médecine qu'Esculape en Grèce, Brahma aux Indes, Shen Mung en Chine et Imhotep en Égypte étaient tous des médecins ; on se souvient aussi qu'ils font tous partie de la mythologie. Le rapport médecine-divinité indique déjà en soi la haute valeur morale de ceux que nous venons de nommer. Le plus ancien code de morale médicale connu est celui d'Hammurabi ; il fut rédigé à Babylone vers l'an 2700 avant J.C. Mais l'origine réelle de l'éthique professionnelle moderne repose encore sur les principes énoncés dans le serment d'Hippocrate. Voilà pour les origines ; indiscutablement elles sont de grande famille et

leur noblesse est telle et si profondément ancrée dans l'esprit médical que l'on peut dire que « l'éthique médicale est une partie intégrale de la pratique de la médecine »; ce n'est que plus récemment que le terme déontologie aurait été créé et proposé par Max Simon, selon Dechambre.

Les sources de la déontologie, et c'est encore le père Payen qui nous l'enseigne, sont la loi naturelle, la loi civile et de plus pour nous, médecins catholiques, la loi canonique.

Et maintenant, pour compléter, voyons brièvement les origines de la science de l'économie. Au risque de paraître partial, nous ne voulons en faire qu'une courte revue, tout comme ce fut le cas pour la déontologie. Au moyen âge les « caméralistes » développent quelques-uns des premiers principes économiques ; sur quoi sont fondés ces principes ? sur la tenue des livres des nations. Puis, par suite du commerce avec l'Asie, la théorie du mercantilisme prend naissance, basée sur la « balance favorable du commerce » et l'omnipotence des métaux précieux. Bien que la majorité des principes de cette école soient maintenant au rancart, commerce international et problèmes monétaires sont encore des questions courantes et évidemment nécessairement pertinentes aux sciences économiques. Dans le XVII^e siècle vinrent les physiocrates avec leur « laisser faire, laissez passer ». Et la médecine se demande si ce cri de ralliement est totalement tombé dans l'oubli . . . Mais ils jetèrent tout de même les bases de ce qu'il est convenu d'appeler l'économie classique et c'est en 1776 que fut publié le fameux traité *La Richesse des nations* par Adam Smith. On y retrouve comme une des doctrines fondamentales la phrase suivante que je traduis : « cette doctrine tient pour établi que toute action économique est motivée par le désir (je n'ose traduire par l'appât du gain, et que chacun est individuellement compétent pour juger ce que sont ses propres intérêts économiques ». Plus tard, enfin, rejetant cette idéologie, vinrent les néo-classiques dont les doctrines « dominèrent la pensée économique durant un siècle. » Cependant et enfin, la plupart des économistes modernes croient que les bases de l'économie néo-classique sont discutables parce que non pratiques. Mais il n'y a pas si longtemps Karl Marx fut aussi un économiste et qui niera son influence. Quant aux institutionalistes et à ceux du groupe *Welfare*, nous nous souvenons de ce que nous avons relevé à leur sujet.

C'est suffisant ; encore une fois il n'est pas question d'être préjugé ; mais une double conclusion s'impose. Évidemment, les phénomènes sociaux sont en constante évolution et il n'y a rien de surprenant que l'économie, qui en ressent toutes les répercussions, soit malléable, et oriente ses points de vue de façon parallèle aux changements ; ce que nous admettrons facilement. Mais moins facile d'acceptation pour l'esprit médical seront la qualité et le manque de stabilité des fondements que nous avons passés brièvement en revue. Et nous préférerons toujours croire que nous avons omis de parler des plus importantes écoles. Nous savons par ailleurs que ces points ont été magistralement touchés, et d'autorité suprême, dans des encycliques.

Et cette courte étude des origines et fondements met en relief l'opposition des deux disciplines.

C'est que, de plus, il faut bien le constater, tout changement ne signifie pas nécessairement progrès et « ce n'est pas parce qu'un groupe de la société a changé plus rapidement que d'autres qu'il soit prouvé que ce soit là un avancement sur des phénomènes plus stables ». (*The philosophy of John Dewey*, par Ratnes, publié par Henri Hoet & Co., N.-Y.)

Par ailleurs, l'éthique médicale, ayant une de ses sources dans les lois civiles, nous l'avons vu, devra donc tout de même jouir d'un certain degré de malléabilité et de pouvoir d'adaptation puisque ces lois sont nécessairement instables. Mais cependant, quelles que soient les exigences extrinsèques, la médecine et la profession médicale ont depuis longtemps décidé que le standard était bien ce qu'a déjà dit Claude Bernard, c'est-à-dire, « conserver la santé et guérir la maladie ». Et il y a déjà plusieurs siècles que la médecine est parvenue à ce que Dewey et Tufts appellent le troisième stage de l'évolution de l'éthique professionnelle.

C'est aussi précisément à cause de l'instabilité des lois civiles et de leurs mutations que, maintenant, il pourra exister un parallélisme entre médecine et économie, cette fois nécessitant l'alliance dans le sens de la définition que nous avons donnée à cette dernière. Et je pense à cette phrase d'Edmond Jaloux quand il écrivait : « on appelait nâguère ataxie locomotrice l'incoordination croissante des mouvements. Comment appellera-t-on en sociologie cette incoordination croissante des

velléités et des impulsions que manifestent les foules et leur serviteur, l'État ? »

On le pressent, c'est beaucoup en regard des exigences du peuple et des condescendances des gouvernements que la médecine fera appel à certaines données de l'économie et, même à son support dans l'intérêt même et du peuple et de la profession. Mais c'est ici que, nous souvenant de l'admirable mot du général Lyautey, nous répéterons après lui « allons lentement, nous sommes pressés ».

Nous reprendrons cette idée de protection dans un autre chapitre, mais, encore une fois, ces notions d'intérêt et de protection seront de la part de la médecine, non pas tant égocentristes qu'altruistes puisque toujours, au premier plan et déterminant toute conclusion, le bien ultime sera encore de conserver la santé et guérir la maladie.

Influence constante de l'éthique professionnelle selon un code édifié par le médecin et maintenu en application par l'association professionnelle. Car en somme, il faut le dire, il semblerait assez vain de rédiger tout un système de déontologie si, pendant ce temps, les moyens d'en mettre les données en application n'existaient pas.

Bien que ne jouissant pas de pouvoirs juridiques, sauf en de rares exceptions (ce qui est le cas pour le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec) pour contraindre ses membres à observer les règles et les données de ce code, les associations professionnelles, que quelques-uns ont tendance à désigner sous le terme impropre et presque choquant de « médecine organisée », ces associations voient là leur premier devoir, c'est-à-dire éléver et maintenir les standards de la pratique médicale. Et le plus terrible exemple de cette impuissance du groupement professionnel à contraindre ses membres à agir selon le code depuis longtemps, cependant, stabilisé et érigé comme un point d'honneur humain et de noblesse de son âme, cet exemple, donc, c'est dans notre vingtième siècle de progrès, dit-on, qu'on le trouve.

Je ne crois pas que, dans l'histoire universelle, nous puissions retrouver aussi brutales vilénies de groupe professionnel et racial que ce que nous savons maintenant comme étant des faits prouvés, et que nous avons appris avec horreur ; je veux parler de l'inconduite inqualifiable d'un nombre si terriblement élevé de médecins allemands.

Les fausses expériences de ces individus (il me répugne de les appeler médecins) ne sont autre chose que l'extériorisation d'une mentalité et d'un état d'esprit païens et barbares sous le masque insultant, cette fois, de la recherche pseudo-scientifique.

Qu'est-ce donc que l'esprit scientifique et n'y a-t-il pas de limites en médecine expérimentale? Claude Bernard les a fixées ces limites et il a défini cet esprit. Jamais aurait-il soupçonné la possibilité de telles manœuvres de brutalité inexcusable. Et songez aux nobles hésitations de Pasteur . . .

Chez ceux-là, aucun rang, aucune valeur, aucune différence entre l'être humain et le cobaye. Cette aptitude, ce vouloir, cette décision, cette possibilité de ne considérer le corps humain que comme objet d'investigations, fussent-elles les plus révoltantes, n'a pas même d'excuse dans une pensée même strictement païenne, et le niveau des faux hommes de science pratiquant de telles abominations ne saurait être qualifié.

Nous avons tous vu et entendu Kourilsky nous en parler avec répugnance, documentation officielle en mains. Nous avons aussi vu la seule réaction qu'il pouvait extérioriser : elle était négative et c'était l'impuissance de commentaires. Son visage et son geste disaient tout. Et j'oserais dire que ç'aura été là une des plus belles démonstrations vivantes de l'éthique et de la dignité médicale enrichies et surélevées par l'esprit chrétien en face de situations même inacceptables pour l'esprit et le cœur.

Cette digression n'est pas totalement importune puisque nous parlons de ce qui est l'office des associations professionnelles. Mais c'est là une autre question sur laquelle nous reviendrons au cours des leçons subséquentes.

Et c'est en face des changements sociaux rapides et drastiques de notre époque que l'on voit apparaître l'ensemble de toutes ces nouvelles propositions de réorganisation des « services » médicaux (services pris aux sens économiques de commodité en même temps que de rendement et disponibilité). Il y a donc ici des questions relevant directement de l'économie sociale et intéressant directement aussi la médecine.

Tout autant les associations professionnelles se feront les défenseurs de l'éthique médicale, tout autant devront-elles surveiller les intérêts

de la profession. Mais les critiques qu'elles formuleront sur les deux sujets seront toujours basées sur les effets et répercussions de ces changements sociaux sur la santé du peuple, laquelle dépendra toujours des altérations apportées aux divers modes de « services » médicaux.

Le peuple recherchant le bien ultime dans le sens de sécurité, (surtout en temps de crise économique ou sociale) mais ne pouvant toujours juger des effets de telle mesure nouvelle ; le médecin, songeant à la protection et de la santé et de son standing, certainement avec plus de compétence pour apprécier les effets des nouvelles idéologies. L'un et l'autre, somme toute, cherchant les affinités et les discordances réelles et apparentes, immédiates et éloignées, entre les notions de liberté et de sécurité. C'est ce que nous étudierons maintenant tant au point de vue social qu'au point de vue professionnel.

LIBERTÉ ET SÉCURITÉ

Ici, comment procéder pour ne pas prolonger indûment notre exposé. Cette question est complexe, car autant elle est universelle, autant elle comporte des aspects sociaux, psychologiques, économiques et moraux. Et toutes ces composantes auront une portée directe sur l'économie médicale et les modes de « services » professionnels. C'est là le schéma de notre argumentation que nous nous efforcerons de limiter. C'est aussi la raison de ce chapitre.

« L'Histoire de la société occidentale était interprétée au siècle dernier, comme une démarche successive des peuples vers la liberté, » nous dit Bertrand de Jouvenel.

D'abord l'homme s'affranchit progressivement des maîtres dont il était le dépendant « à la faveur du conflit entre ces dominateurs et le pouvoir politique ». Plus tard, délivré des seigneurs, il est sous la tutelle du roi « État élevé très au-dessus de toute puissance sociale ». Puis se délivrant du pouvoir suprême, il rend l'État son serviteur. C'est la démocratie, c'est-à-dire l'obéissance « à des intendants qu'on a soi-même institués pour le bien commun ». Affranchissement matériel et affranchissement spirituel doivent en résulter ; les hommes vont « juger

de ce qu'ils doivent croire et de la façon dont ils doivent agir ». Maritain dit « être libre c'est être maître de son jugement ». En est-il ainsi ? Et de Jouvenel poursuit son argumentation de la sorte : « Le Pouvoir, reconstitué pour servir la société, est un vrai maître. D'autant plus incontesté qu'il prétend émaner d'elle. D'autant plus irrésistible qu'il ne rencontre aucune puissance en dehors de lui capable de lui résister. »

Il en résultera que l'accent porte sur le ce que je *dois* croire et ce que je *dois* faire beaucoup plus que sur le mot *juger* si on s'en tient à cette dernière phrase. Mais nous tombons là dans l'aspect de liberté civile seulement, alors que j'ai le « droit de faire ce qui n'est pas défendu par la loi », tandis que la liberté naturelle serait, nous l'avons vu, le « droit que l'homme possède par nature d'agir sans contrainte extérieure ». Mais nous avons aussi vu que dans l'ordre moral aussi bien que pragmatique, juger ce que l'on doit croire et faire devient l'acte intelligent sélectif ; donc ici la volonté entre aussi en jeu. Et qui admet choix et volonté implique liberté.

Mais, par ailleurs, nous savons aussi que cette dernière phrase de Jouvenel est discutable parce qu'il existe des puissances en dehors du Pouvoir temporel capables de lui résister. Du reste cette assertion discutable ne nuit aucunement à notre progression.

Mais, politiquement parlant, on constate déjà que « toute société qui a évolué vers un état de liberté individuelle s'en écarte soudain brutalement quand elle paraît l'atteindre. » Pourquoi donc ?

On dit : « La liberté est le bien le plus précieux » ; or nous avons vu que ce qui a le plus de prix n'est pas une « nécessité primaire » et on peut conclure que ne sont désirées les choses précieuses que lorsque sont satisfaits les besoins primaires.

Empruntons ici l'apologue résumée de Jouvenel : un homme erre dans la jungle, affamé, incertain et menacé. Passe une caravane qui devient son refuge. Arrivé à la ville, il s'accoutume à sa sécurité, se sent esclave et se voudrait libre, ce qu'il devient. Survient des brigands qui pillent la ville et en tuent les habitants. Évasion et nouvelle fuite de notre homme libre, finalement recueilli par un potentat qui l'enferme dans son sérapil. Il sera heureux maintenant de peiner et travailler pour le sauveur de sa vie. Ici, je cite en entier : « Un Pouvoir fort cependant

ramène l'ordre et notre homme bientôt se plaint des corvées seigneuriales, les transforme en tribut d'argent qu'il diminue progressivement, prétend devenir franc propriétaire. Ou, encore, il part de la ville et veut louer ses bras à son gré ou pouvoir exercer quelqu'industrie qui lui convienne. Une crise économique se déchaîne alors. Agriculteur ou entrepreneur, il ne trouve plus à vendre au tarif qu'il escomptait. Ouvrier, on le jette à la rue. Il se cherche derechef un maître qui lui assure la régularité de sa pitance, soit qu'on lui prenne une dite quantité de son produit à un certain prix, soit qu'on lui garantisse la stabilité de son emploi et de son salaire. » Et de Jouvenel de conclure : « La liberté n'est qu'un besoin secondaire par rapport au besoin primaire de sécurité. »

Nous avons suivi l'argumentation de Jouvenel parce qu'à notre avis elle a, entre autres, deux mérites de présentation : elle est logique et compréhensible, et elle peut être résumé relativement succinctement. De plus nous croyons pouvoir l'accepter.

Mais qu'est donc cette sécurité ? C'est « la tranquilité d'esprit résultant de la pensée qu'il n'y a rien à craindre » (Larousse). On voit donc qu'elle est conditionnée et que sa conception n'a rien d'absolu. Elle dépendra de la « noblesse d'âme » de chaque individu déterminant en somme le « nombre de choses qu'il craint » ; elle dépendra de l'époque dans laquelle il vit, alors que « la probabilité mathématique » de l'un ou de l'autre de ces événements sera plus ou moins élevée ; elle dépendra, enfin et beaucoup, du type psychologique même de l'homme, qui empêchera cette probabilité des risques de rester mathématique, car « sanguin, il les sous-estime, inquiet, il les exagère ».

On pourrait dire que « plus fort est le sentiment de sécurité, plus forte aussi est la volonté de liberté ». Et ce n'est plus sous leur aspect d'opposition que nous envisageons les deux situations mais sous celui de leur corrélation.

Mais, d'un autre côté, toujours et partout trouverons-nous « des individus qui ne se sentent pas assez protégés et d'autres qui ne sentent pas assez libres » ; ce sont ceux-là que de Jouvenel a appelé sécuritaires et libertaires.

Abaissez la force du caractère par une éducation massive et molle, augmentez les risques par un genre de vie plus trépidant et vous verrez

augmenter le nombre des « sécuritaires ». Exemple, le développement de l'assurance dans le siècle dernier.

Voyez augmenter la probabilité des dangers et toute la société veut être plus protégée. Exemple, la menace des invasions du VIII^e au X^e siècle fait éléver les châteaux-forts qui inféoderont la population durant des siècles à venir.

Mais, me direz-vous, il s'agit là du peuple. C'est vrai. Alors, considérez la vieille aristocratie; songez à sa « dégénérescence intérieure », ajoutez-y les éléments plus libertaires apportés par l'anoblissement des inféodés, soit à la suite de hauts faits, soit par la contribution d'un nouveau et récent pouvoir, politique cette fois, et vous verrez qu'au lieu de protéger, la noblesse veut être protégée. Et par qui? par ce qui est plus élevé qu'elle : l'État. Exemple : les lois, françaises et autres, qui réservaient aux nobles « incapables d'exceller à la guerre », les postes d'officiers.

Mais là, me direz-vous se limitent vos sécuritaires !

Eh bien, que feront les intellectuels dans les mêmes conditions ? Exemple : après la chute de l'empire romain, et « pendant plus d'un demi-millénaire, tout intellectuel sera homme d'Église » ; et plus tard, ils se chercheront un « protecteur puissant » ; et si, en notre époque, ce n'est pas un Pouvoir individuel ou de groupe, ce pourrait être tout aussi bien en démocratie, en autarchie ou en totalitarisme, l'État.

Cet exposé, encore une fois, à la manière de Jouvenel, peut paraître très pessimiste. Mais nous avons cru le présenter tel quel parce que ces considérations socio-phychologiques nous permettront de saisir et de comprendre les facteurs qui entrent en jeu dans ce que nous croyons presque un dilemme, mais heureusement peut-être pas une impasse. Il est bon d'avoir une vue d'ensemble avant d'en arriver au point particulier sur lequel doivent maintenant porter nos commentaires.

Nous avons pu nous faire une idée globale de ces deux tendances générales, en suivre les évolutions et en saisir les aspects sociaux, psychologiques et économiques.

Nous avons montré comment pouvait réagir la classe intellectuelle.

Maintenant, tout en tenant compte des réactions populaires dans notre époque, considérons celles d'un groupe de la classe intellectuelle : parlons de la médecine et des médecins.

Il faudrait certes être aveugle ou ignorant pour ne pas se rendre compte que c'est précisément le grand point d'interrogation que se pose la profession médicale : liberté ou sécurité ? Et les médecins sont aux prises avec le dilemme, le même partout, dans tous les pays.

Faisons l'inventaire sans nous attarder à l'histoire. Sur notre continent américain la question est à l'ordre du jour et, en certains endroits, décidée sur certains points. En Europe, certains pays l'étudient, d'autres la règlent présentement à leur façon et d'autres y ont apporté leur solution particulière il y a déjà un plus ou moins grand nombre d'années. Le nord et le sud-africain n'y ont pas échappé. L'Australasie considère la chose classée et réglée. Et en plusieurs pays asiatiques, que, à cause de leur philosophie toute particulière de la vie on aurait pu croire à l'abri de ces problèmes, les médecins ont déjà soit fait leur choix personnel (ce qui est rare), soit été dirigés, décidément éloignés du premier point pour être rapprochés (ce qui n'est pas certain) du second.

Or que se passe-t-il chez nous au sein de la profession ? On a un peu l'impression d'assister à la formation de deux clans, deux groupes, certes pas encore affichés au grand jour, mais peut-être malheureusement actifs en profondeur, à des degrés très différents et selon des méthodes très opposées ; je dirais l'un abstentioniste et l'autre réactionnaire.

Quelles sont ces deux attitudes ?

Écoutez le langage, et considérez les dispositions individuelles des médecins de quarante ans et plus. Quel est leur « esprit médical » en groupe ? Où peut-il se trouver groupe réclamant et exigeant pleine et entière liberté d'esprit, de jugement et d'action dans toutes les activités relevant de l'art médical. Je dis de l'art parce qu'ici cette soif de liberté s'applique surtout et principalement au vaste champ d'action dépendant de l'interprétation personnelle de ce que le médecin voit et constate.

Ce groupe n'acceptera d'entraves que venant des lois naturelle, canonique et civile — en somme les sources déontologiques — mais encore faudra-t-il que des lois civiles, à leur tour, ne fassent pas entrave

à ce qu'il considère sa liberté, car alors il élèvera la voix et s'opposera de toutes ses forces au Pouvoir discrétionnaire que l'État voudrait s'arroger.

Et cela, il le fera tout particulièrement et d'une manière beaucoup plus ferme sur ce qui a trait aux rapports patient-médecin.

Quelque paradoxal que cela puisse paraître, c'est ce groupe que j'appelle abstentioniste, dans ce sens qu'il voudra conserver sa liberté, selon le statut antérieur, et s'abstenir de changement. C'est le groupe libertaire.

D'un autre côté, mettons en opposition, l'état d'esprit actuel d'une assez forte proportion de la jeunesse étudiante en médecine et voyons si elle n'est pas plutôt prête à sacrifier ce qui lui semble une liberté future discutable en faveur d'une sécurité future apparemment stable.

En doutez-vous? Alors vous oubliez les conclusions d'un rapport rédigé en 1944 par l'Association canadienne des Étudiants en médecine et des Internes. En voici deux : la majorité des étudiants sont en faveur d'une pratique médicale rémunérée sur une base de salaire croissant jusqu'à un maximum X, mais tout de même limité, (avec vacances payées évidemment) ; et, comme autre conclusion, ils se sont prononcés en faveur d'un plan national d'assurance-santé dont la législation et l'application seraient confiés à l'État.

C'est là deux des expressions d'opinion et deux des manières de voir et de juger d'un groupe, imposant et sans aucun doute croissant en nombre, de ceux qui ne sont pas encore entrés en contact direct avec les réalités, les exigences et les contingences de la vie professionnelle. Voici donc un groupe de « sécuritaires ».

C'est aussi le choix d'une bonne proportion de médecins du pays en pratique médicale active depuis quelques années seulement ; mais même dans ce groupe, il se fait des plans de sous-clivage selon les régions de notre pays.

C'est encore l'orientation de pensée des médecins qui ont opté pour les positions administratives, exécutives et autres au service des gouvernements fédéral, provincial ou municipal.

Et c'est finalement, cette fois dans une proportion très élevée (s'il faut en croire une expression d'opinion qui avait été transmise aux

associations professionnelles au cours de la dernière guerre), le choix majoritaire des médecins sortis des forces armées au pays.

Le groupe « sécuritaire » s'étendrait donc au sein de la profession. Et, partant, si nous prenons conscience de cet antagonisme, au moins apparent, de deux âges, de ce revirement d'attitude comparativement à l'état d'esprit qui semblait si solidement implanté au sein de la profession depuis si longtemps dans le passé, et au sujet duquel le médecin s'était, jusqu'à date, toujours montré je dirais intransigeant et irréductible, c'est qu'il y a là un problème de fait et de causes. Il vaut bien que nous essayions sinon de le résoudre, au moins de le comprendre.

Il est impératif que les médecins d'aujourd'hui et de demain en soient avertis, si, par hasard, ils ignorent tout de cet état de choses. Il faut tout autant que le médecin de demain soit orienté, de façon à ce qu'usant de son libre arbitre il puisse faire le point, porter jugement et prendre position d'une façon convenable, c'est-à-dire ni en aveugle, ni en émotif, ni en ignorant, mais en disciple d'Apollon, d'Esculape, et d'Hygie, qui veut d'abord le bien ultime de tous.

Or quelles sont quelques-unes des causes ayant donné naissance à ces deux attitudes oppositionnistes, et qui en favorisent le développement ?

Nous avons déjà exposé que plus solide est le sens de la sécurité, plus fort est le désir de liberté. C'est évidemment le cas pour les médecins de plus de quarante ans. Mais pour parvenir au point où il ne sentira plus ou peu le besoin de protection, ce médecin constate que ce fut à la suite et comme conséquence d'un labeur soutenu, lent et pénible en maintes circonstances. Ce n'est qu'à force d'efforts répétés qu'il aura vu sa clientèle s'accroître et son pouvoir de gain augmenter. Ce n'est que parce qu'il y avait là une volonté tenace de vaincre par soi et pour soi. Ce n'est que parce qu'il a augmenté son capital-valeur qu'il a réussi à prouver sa compétence. Donc à être en demande. Donc à vendre sa production-service (pour en revenir à ces termes disgracieux). Et comme conséquence de ces efforts sans cesse renouvelés, il se rend compte qu'il a pu être utile au bien commun, et cela sans l'intermédiaire d'un tiers-parti. Faisant et son inventaire et celui de la médecine qui,

pendant le même temps, a évolué, il conclut déontologiquement, cette fois, qu'il a réussi à atteindre et à concourir à donner le bien ultime désirable dans son champ d'action, c'est-à-dire et la santé aux autres et la sécurité aux siens.

Faut-il être surpris alors qu'il veuille rester libertaire ?

Pendant ce temps, le jeune médecin, rempli du même désir d'aider son semblable, se rend compte forcément que les exigences économiques sont telles que, durant les premières années de labeur, les recettes ne rencontrent pas les déboursés. Car, il sent le besoin de l'instrumentation plus élaborée, il voit la nécessité d'obérer immédiatement son budget plutôt maigre pour la solution du mode de transport (dans notre pays, très onéreux). Il veut arriver vite, parce que ses besoins sont aussi pressants que les exigences des malades et, pour cela, il devra trouver un moyen de locomotion rapide (ne négligeons pas ce triple aspect du problème).

De plus, il croit se rendre compte, après l'avoir lu et se l'être fait dire, que la région qu'il devra parcourir sera vaste, précisément parce qu'il existe un vice de répartition satisfaisante des médecins. Mais ici, l'argument peut doublement servir puisque plus grand est le territoire, plus nombreuse est la population en puissance. D'où plus fréquents les appels et plus rapidement élevé le revenu. Mais, en somme, cette conclusion n'est pas le principal point sur lequel nous voulons maintenant dire un mot.

On dit répartition mauvaise d'un nombre insuffisant de médecins. Or voyons les chiffres. Ceux de la province disent qu'il existe huit cent municipalités sans médecins ; ce qui ne veut pas dire qu'il y a un besoin de huit cents médecins additionnels dans la province, loin de là.

D'autres chiffres émanant de la même source nous apprennent que le nombre des médecins ruraux est en baisse constante et que ce fait créera très bientôt un sérieux problème dont on s'efforce déjà de trouver la solution.

Par contre, les chiffres provenant de sources fédérales de renseignements nous indiquent de leur côté les faits suivants : en 1901, dans tous le pays on comptait 5,475 médecins pour une population de 5,323,967 soit une moyenne de population par médecin de 972 ; en 1941 pour 11,-

489,713 habitants il y a 11,873 médecins, soit 1 pour 968. Première conclusion, le nombre global des médecins en rapport avec la population ne s'est pas accru comme on nous l'avait laissé entendre. Alors le revenu professionnel moyen n'a donc pas dû baisser.

La province de Québec, comptait 29.5% de ce total en 1901, soit 3,103 médecins, alors qu'en juillet 1946, il ne s'en trouvait plus que 3,334 soit 28% du total des médecins du pays. Conclusion probable à tirer : il y a ici plus de besogne à faire pour chaque médecin, devenant automatiquement rapidement en demande ; conséquemment le revenu doit être plus rapidement croissant. (Reste à savoir si cette augmentation est parallèle aux déboursés ; c'est un autre point.)

Mais en est-il vraiment ainsi ? On peut regarder les chiffres d'un autre œil dans le tableau suivant :

	1911		1921		1931		1941		1946	
	Méde-cins	Pop. par M. D.								
Québec.....	2,000	1,003	2,216	1,065	2,747	1,046	3,162	1,054	3,334	1,068
Canada.....	7,411	970	8,706	1,008	10,020	1,034	10,723	1,072	11,901	1,017

Conclusions : il ne semblerait plus y avoir augmentation de population par médecin dans le Québec (1,065 en 1921, 1,068 en 1946 par M. D.) Et le revenu alors ?... Mais vis-à-vis de 1,068 habitants par médecin dans notre province, on verrait le chiffre 1,017 pour le pays entier. Conclusion : alors le revenu du médecin de Québec serait plus élevé que celui de son confrère ailleurs dans le pays ? Non mais, tout de même, que ne peut-on tirer des chiffres !

Continuons. Voyons ces mêmes proportions pour les villes (nous entendons par là, les zones métropolitaines : Montréal, 1 médecin pour 719 de population ; Toronto, 1 pour 626 ; Vancouver, 1 pour 666 ; Winnipeg, 1 pour 647 ; Hamilton, 1 pour 703 ; Québec, 1 pour 716 ; Ottawa, 1 pour 511.

Vous avez remarqué, le quotient est plus élevé pour Montréal et Québec. Conclusion : il y a place pour y gagner sa vie, avec un nombre moyen d'habitants à servir plus élevé qu'ailleurs au pays. Donc... Et ces chiffres sont de juillet 1946, alors que la majorité des médecins sortis des forces armées sont déjà retournés à la clientèle...

Si vous regardez maintenant comment vont les choses dans les centres de 10,000 à 15,000 habitants vous verrez que, dans notre province, la proportion va d'un médecin pour 533 âmes à Lévis à un médecin pour 2,213 au Cap-de-la-Madeleine. Pour sept villes de cette catégorie dans la province avec un total de quatre-vingt-cinq médecins, on trouve une moyenne de 1,021 âmes pour chacun d'eux. Et vous vous souvenez que la moyenne pour le pays est de 1,017. Conclusion : est-ce dans ce groupe que nous devrions trouver le plus grand nombre de sécuritaires?

Mais n'est-ce pas le médecin de pratique générale à qui est ordinairement échu le moins enviable des lots, me direz-vous. Fort bien, voyons un peu. Au Canada il y avait, en juillet 1946, 6,590 médecins non spécialisés, c'est-à-dire 55.4% du total de la profession. La moyenne de population pour chacun d'eux était de 1,836. Dans la province de Québec, 55% des médecins exercent la pratique générale, soit 1,836, ce qui donne 1 médecin par 1,939 âmes. Conclusion : d'abord on comprend maintenant mieux la qualité et le sens des chiffres de source provinciale. Ensuite, le médecin en pratique générale (cela inclut les médecins ruraux) a un potentiel élevé de population sous ses soins.

Jusqu'à maintenant, messieurs, les chiffres nous laisseraient croire que l'élément libertaire devrait prédominer dans notre profession.

Mais en voici des différents ; ils portent sur 1941. Au Québec l'impôt *per capita* moyen est de 470 et nous avons vu qu'il y a un médecin pour 1,054 habitants. L'impôt moyen le plus élevé est en Ontario où le rapport médecin-population est de 1 pour 902. Au contraire, le montant le plus bas est vu en l'île du Prince-Édouard avec 274, alors que l'autre rapport est de 1 pour 1,419.

Conclusions :

- a) réelles, aucune (parce que ces chiffres incluent civils et membres des forces armées comme population et excluent les médecins dans les

forces armées ; or, les femmes ou hommes aux armées n'influencent pas le revenu professionnel) ;

b) apparentes : il y a ici un nouvel élément expliquant l'attitude sécuritaire.

Et ce sera encore pire si l'on connaît le nombre approximatif des étudiants qui se préparent à sortir des facultés de médecine. De 1946 à 1952 inclusivement, celles-là ont estimé que 4,389 médecins aideront dans tout le pays à baisser le rapport médecin-habitant. Dans la province de Québec seulement, le chiffre est de 1,935. Conclusion : elle s'impose. En aidant à balancer le déficit des chiffres de source provinciale dont nous faisions mention, ces nouvelles recrues se demandent si, dans une province où l'impôt moyen *per capita* est relativement bas, indiquant revenu moyen bas, le revenu professionnel peut faire autrement que baisser. D'où l'impression du manque de protection pour ce futur médecin. Donc... Mais ceux-là ne devront pas oublier l'augmentation proportionnelle de la population en rapport avec sa vitalité, et de la sorte, la crainte sera de beaucoup diminuée.

Les chiffres peuvent nous apprendre bien des choses, et, paraît-il on peut aussi leur en faire dire beaucoup. Quoiqu'il en soit, ils doivent être connus et étudiés.

Mais que ressort-il de tous ces chiffres ? A mon sens, d'abord et surtout, une constatation psychologique : les réactions individuelles seront en rapport direct avec la personnalité de chacun. Nous l'avons vu, « sanguin il les sous-estime, inquiet il les exagère ». De plus, chez les jeunes, il faut le dire, le manque d'expérience entrera sans doute en jeu et déclenchera l'attitude réactionnaire.

Mais quels que soient l'accroissement de la population et le quasi maintien du rapport patient-médecin, ce dernier sait que les facteurs économiques changeront, que les exigences des techniques augmenteront et les besoins des malades existeront toujours requérant des actes médicaux parallèles à l'avancement des procédés. Et c'est là sujet d'inquiétude rapportable et à ses malades et à lui-même.

Or, pendant que les sécuritaires s'inquiètent et pour leurs malades et pour eux-mêmes, la médecine progresse-t-elle dans son but et ses résultats ?

Un court inventaire nous permet de réaliser que la longévité augmente, que la morbidité diminue, que la contagion régresse bien que la contagiosité reste la même, que l'immunisation s'étend, que la durée moyenne d'hospitalisation est en baisse, que le taux de mortalité de plusieurs maladies décroît, que le contrôle sur certaines maladies est incroyable (pour ne parler que de la pneumonie et de la méningite), que le diagnostic précoce est de plus en plus poussé et répandu, que l'éducation du public en matières de maladie et d'hygiène progresse, que la croissance des enfants est améliorée grâce à la surveillance et l'éducation en période scolaire, etc., etc.

Et cependant, il nous faut croire que le bien désirable n'est pas encore atteint, puisque, même en présence de cet avancement, le nombre de ceux qui s'inquiètent s'accroît. Mais c'est ici qu'entre manifestement en jeu le facteur économique puisque tous ces éléments de progrès impliquent augmentation du coût du service d'où distribution inégale. Mais nous revenons bientôt sur ce point.

En passant, je ne puis m'empêcher de citer ici une phrase d'Edmond Jaloux sur la liberté : « on a écrit tant de définitions de la liberté qu'il s'est même trouvé des philosophes pour y reconnaître une forme raffinée de l'esclavage social ; et ce sont ces formules savantes et sournoises qui ont présentement le plus de succès ».

Je ne discute pas cette sentence, mais ne semble-t-elle pas bien à sa place ici ?

Nous venons d'essayer de comprendre les causes influençant les deux attitudes au sein de la profession. Faudrait-il penser que l'étude et la pratique de la médecine, à cause des situations financières difficiles qu'elles créent au début, devraient être réservées qu'à ceux dont l'état pécuniaire est assuré à l'avance par des parents favorisés ou prévoyants ? La question a été posé ; je me garderais bien d'y répondre et de conclure. Mais nos vues sur les termes capital et valeur sont connues ; et puis n'y a-t-il pas le proverbe qui dit : « Patience et longueur de temps . . . » ?

Et en même temps, que pense et que dit le peuple ?

Il vous faut savoir, messieurs, que si le cultivateur et le travailleur respectent ordinairement le médecin, le recherchent et l'écoutent,

l'agriculture et le travail, en tant que groupements corporatifs n'ont n'ont certes pas le même degré de considération pour la médecine vue comme association professionnelle. Cela peut paraître paradoxal mais c'est un fait, et il faut avoir été témoin de rencontres avec ces groupes pour savoir à quoi s'en tenir. Évidemment, il s'agit ici surtout d'un manque de compréhension des problèmes en cause. Il est bien certain qu'une connaissance plus complète de part et d'autre de tous ces facteurs, connaissance et compréhension favorisées par des rencontres, conférences et entretiens répétés des uns et des autres ne pourrait que rendre service à tous les partis intéressés. Il est bon que cela fut dit.

Mais n'allez pas vous y tromper. Il ne s'agit pas seulement d'un phénomène psychologique attribuable à une querelle de classes. Là n'est pas le point, quel que soit le degré de sa réalité.

C'est dans une explication strictement économique qu'on en retrouve la cause, et nous le verrons, les effets n'atteignent pas seulement le médecin.

Nous avons déjà dit que les progrès en médecine augmentent le coût du service qui, alors, devient inégalement distribué. Non seulement vous vous rendez compte que la façon générale de traiter la maladie, (et j'entends ici hôpitaux, laboratoires, consultations et médication), obère à tel point le budget du malade ou de sa famille que, souvent, tout cela est pour lui hors d'atteinte ; mais vous constaterez aussi que la médication, à elle seule, constitue un déboursé qui étonne et accable le patient, déboursé auquel il ne peut très souvent que difficilement faire face. Et nous savons que, parmi la classe des travailleurs, plusieurs ont déjà dit que médicaments « coûtaient plus cher » que médecin. L'expérience nous a aussi appris que c'est certainement le cas si on ajoute hospitalisation.

Or, songez au revenu moyen de l'ouvrier et du cultivateur, tenez compte des fluctuations économiques et des dangers de crises à intervalles X, mais répétés, et confrontez le tout avec le coût du traitement de la maladie, vous conclurez que le peuple ne se sent pas assez protégé et est devenu ouvertement sécuritaire.

Ce qu'il est convenu d'appeler la classe moyenne apprendra un nouveau mode d'augmenter l'élément de protection en y contribuant

elle-même volontairement. C'est ce qui explique la popularité grandissante de tous les plans d'hospitalisation et de traitements médico-chirurgicaux dont les frais seront assumés par diverses organisations dans une certaine proportion, pour un certain temps à des conditions préfixées et pré-acceptées en retour d'une prime de tant par an par personne ou groupe de personnes. Jusqu'ici tout est du domaine de l'initiative privée.

Mais n'allez pas croire que cette solution soit à la portée de tous. Que fera la multitude de ceux pour qui cela est hors d'atteinte? Cette immense partie de la population veut et réclame aussi, et avec quelle insistance et sur quel ton, la protection de sa santé et la facilité d'obtention des « services » professionnels. Mais aucun du groupe ne peut y faire face ; alors à qui s'adresser ? Ce groupe a, lui aussi, nommé ses intendants au Pouvoir et ces délégués lui ont promis protection et sécurité. Ils se sont engagés à les lui obtenir. Ont-ils tendance à l'oublier, ou les solutions se font-elles trop attendre, que des mesures seront prises pour le leur rappeler ou faire savoir. N'a-t-on pas vu, en effet, prendre naissance le système des antichambrières (les *lobbyists* sur notre continent), système dont les unions ouvrières ont vite compris et l'importance et le fonctionnement. Et la pression continuera sur des paliers de plus en plus élevés pour finalement aboutir à l'État.

Or que fera l'État? Nous l'avons vu, messieurs. Et je ne parlerai que d'un pays, jusqu'à aujourd'hui considéré comme le château-fort des castes. Voyons jusqu'à quel point en Angleterre, l'État s'est engagé et dans quelle direction. C'est de l'histoire moderne. Grâce à \$700,000,000. par an, pris dans les coffres de l'État (et provenant d'où et de qui?), le public, paraît-il, n'aura plus à payer un *penny* pour tout soin préventif et curatif médical, dentaire, chirurgical, hospitalier, infirmier, obstétrical, incluant médicaments, appareils de protèse, nourriture et autres effets de ménage. Le patient choisira son médecin, parmi ceux inscrits. Voilà pour le peuple. Maintenant le médecin. Il sera payé par l'État avec un maximum limite. Il ne changera ni de poste ni d'activité sans la permission de l'État. La pratique anglaise d'achat et de vente de poste professionnel est abolie. Les hôpitaux deviennent propriété d'état, et la vaccination obligatoire est abolie. Et j'en passe.

Nous nous demandions que ferait l'État? Nous venons de voir jusqu'où a pu aller un État monarchique. Vous en connaissez d'autres de constitutions différentes. Vous tirerez vous-mêmes vos conclusions.

Après avoir étudié les facteurs liberté et sécurité dans la profession nous les avons reportés sur le peuple et le Pouvoir. Nous avons vu les répercussions de l'évolution des idéologies sociales.

Connaissant les désirs du peuple et les courants d'idées qui s'affrontent, prévoyant les mesures vers lesquelles les Pouvoirs semblent irrésistiblement poussés, appréciant les répercussions de toutes ces causes sur la santé publique, sur le statut de la profession et sur le statut de ses membres, que désirera, que voudra et que fera le médecin?

D'abord et en principe, il désirera avoir « assez de force sociale pour n'avoir besoin d'aucune protection particulière » de l'État, mais posséder « la plus large liberté » sans que d'autre part sa liberté « ne puisse devenir oppressive ».

Jaloux avait écrit : « Il faut toujours demeurer libre, même à l'égard de sa propre liberté ».

Mais advenant le cas où certaines réformes deviendraient inévitables, il voudra certaines choses et agira de façon soit à les maintenir, soit à les obtenir.

Il voudra que soient conservés les principes déontologiques qui sont « partie intégrale de la pratique de la médecine ».

Il voudra que le caractère des rapports patient-médecin reste intact et que son travail continue d'être regardé comme un « effort humain appliqué aux êtres humains » mais jamais évalué comme appliqué à de la marchandise.

Il voudra, estimant que « le progrès vers la liberté humaine est mesuré par la quantité de libres choix laissée à l'individu, et son aptitude à choisir sagement » (de Jouvenel) que le patient décide de lui-même et au mérite réel qui sera chargé du soin du plus précieux de ses biens, sa santé.

Il voudra que l'élève continue d'appeler son maître « monsieur » avec toute la noblesse et le respect que comporte ce mot si simple et pourtant si beau.

Il voudra qu'au sein de la profession l'on retrouve toujours le « règne de la justice, de la charité et de la politesse (Payen) » et que, toujours, les médecins soient « confrères » entre eux.

Mais il voudra surtout et par dessus tout « faire au corps et à l'âme de ses clients tout le bien possible » (Vézina), ce qui veut dire littéralement « réussir » à « vivre honorablement de sa profession » puisque l'éthique en est partie intégrante.

Il fera en sorte que se lève son opposition toujours noble, mais logique et ferme, si l'État croit promouvoir ce qu'il considère un avancement sans que pour cela il y ait réel progrès.

Il fera en sorte que les recherches scientifiques tendent toujours, mais noblement, vers l'amélioration de la qualité des services qu'il doit et veut rendre à la population.

Il fera en sorte que, toujours et sans cesse, le motif premier de toutes ses activités directes et indirectes soit le programme que Claude Bernard a formulé et que lui, le médecin, s'est toujours efforcé de tenir bien haut, en lumière, à la vue de tous, pour l'édification des autres et son propre encouragement : conserver la santé et guérir la maladie.

BIBLIOGRAPHIE

La majorité des ouvrages ci-dessous donnés ont été lus. Plusieurs ont été cités dans la première partie du cours. Nous avons cependant cru à propos de fournir un index bibliographique assez considérable de façon à ce que l'on puisse trouver les sources suffisantes de renseignements pour les questions qui seraient d'un intérêt particulier et au sujet desquelles on voudrait faire une étude plus poussée.

AMYOT, Roma, Ange ou bête, *Bulletin de l'Association des Médecins de Langue française du Canada*, tome 75, n° 2, Montréal, (février) 1946.

L'Action médicale, Nombreux articles — 1934-1947.

APPLETON et SALAMA, Droit médical, *Librairie du Monde médical*, Paris, 1931.

ARCHAMBAULT, R. P., Le devoir professionnel, *Éditions de la Vie Nouvelle*, Montréal, 1928.

ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE,

1. An introduction to medical economics, 1935 ;
2. Medical ethics relations under workmen's compensation, 1935 ;

3. Medical ethics and new methods of practice, *Journal A.M.A.*, vol. 103, (juillet) 1934 ;
4. Economics and the ethics of medicine, 1936 ;
5. Basic principles of medical economics, 1941.

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE,

1. The problems of medical economics (H. H. Wolfenden) 1941 ;
2. Devoirs moraux du médecin (opuscule) 1943, (ré-édition) ;
3. Health Insurance (Conference of Canadian Health Organisation) 1944 ;
4. The development of Health Insurance in Canada (A. E. Archer) 1944.

ASSOCIATION MÉDICALE LANGUE FRANÇAISE AMÉRIQUE du Nord,
Déclaration à la Conférence des organisations pour la santé, 1944.

Aux Écoutes, rapportant le don de 100,000 couronnes par Axel Munthe.

BARBEAU, Dr Antonio,

1. Évolution de la médecine canadienne-française, *Le Bulletin des Études françaises*, Montréal, (janvier) 1942 ;
2. Le médecin, *Revue Dominicaine*, Montréal, (février) 1942 ;
3. La croisée des chemins, *Journal de l'Hôtel-Dieu*, Montréal, n° 6, 1944 ;
4. Sous les platanes de Cos, *Éditions B.-Valiquette*, Montréal 1945.

BERNARD, Claude, Introduction à la médecine expérimentale, Collection Œuvres immortelles, à *l'Enseigne du Cheval Ailé*, Genève, 1945.

BIOT, Dr René,

1. Les Relations du physique et du moral, Chez Beauchesne, Paris, 1932 ;
2. Au service de la personne humaine, aux Éditions Vuliez, Joigny, 1934.

BOUCART, Dr Adrian, Apôtres ou pharisiens, *Éditions B.-Valiquette*, Montréal, 1945.

BROUARDEL, P., La responsabilité médicale, *Baillière & Fils*, Paris, 1898.

CARRELL, Alexis, L'Homme, cet inconnu, *Plon*, Paris, 1936.

CARVER, T. H., The essential factors of social evolution, *Harvard University Press*, Cambridge, 1935.

COLLÈGE MÉD. et CHIR., P. Q.,

1. Rapports du Comité social-économique et du Comité provincial conjoint pour l'étude de l'assurance-maladie, 1939-1944 ;
2. Rapport annuel, 1941 (2 rapports par C.-A. Gauthier) ;
3. Rapport annual, 1943 (1 rapport par C.-A. Gauthier).

DECHAMBRE, A.,

1. Le médecin, *Masson*, Paris, 1883 ;
2. De l'éducation médicale.

DORION, Dr J.-Éd., Assurance-santé et médecins, *Bulletin Ass. Méd. franq. A. du N.*, Montréal, vol. 72, (déc.) 1944.

DUHAMEL, Geo., Les Maîtres, en la *Chronique des Pasquier*s, Éditions *Mercure de France*, Paris, 1939.

ENCYCLOPÉDIE BRITANNIQUE, Chapitres « Economics », « Value », etc.

EDDIE, Lionel, Economics, principles and problems, *Thomas Crowell & Co.*, New-York, 1926.

EVERETT, W. G., Moral Values, *Henry Holt & Co., Inc.*, New-York, 1928.

FIESSINGER, Charles,

1. Aphorisme sur la réussite dans la clientèle médicale ;
2. Petites notes sur l'instinct de conservation.

FIESSINGER, Noël, Nombreux articles dans le *Journal des Praticiens*.

FORBES, Robert, A historical survey of medical ethics, *British Medical Journal* (supplément), Londres, (sept.) 1935.

GAUTHIER, C.-A.,

1. Médecine héroïque ou médecins téméraires, *Bulletin Ass. M. Lan. franq. A. du N.*, Montréal, vol. 68, n° 9, (sept.) 1939 ;
2. Histoire de la Société médicale de Québec, *Laval Médical*, Québec, vol. 8, n° 1, (jan.) 1943 ;
3. Considérations sur la profession de l'infirmière, *Bulletin des infirmières catholiques du Canada*, Québec, vol. XI, nos 3, 4, 5 (mai à oct.) 1944, vol. XII, n° 2, (mars) 1944.

GAGNIER, Dr L., Droits et devoirs de la médecine et des médecins canadiens-français, Montréal, 1926.

GEMMILL, Paul F., Fundamental of economics, *Harper*, New-York, 1939.

GÉRIN-LAJOIE, Dr, Valedictory Address, 77^e Congrès Assoc. méd. can., dans *Bull. Assoc. Méd. Lan. franç.*, Montréal, tome 75, n° 12, (déc.) 1946.

GRASSET, Dr,

1. Idées médicales, *Plon, Nourrit*, Paris, 1911 ;
2. Idées paramédicales et médico-sociales, même éditeur, 1912 ;
3. Le milieu médical, *Bernard Grasset*, Paris, 1911.

HALLÉ, Dr Noël, Éléments de philosophie médicale, *Rivière*, Paris, 1926.

HAYS, John H., Hospitals and compulsory health insurance, dans *American Economics Security*, Washington, vol. III, (août-sept.) 1946.

HUBERT, E., Le devoir du médecin, *Charles Beyart*, Bruges, 1926.

INSURANCE ECONOMICS AND SURVEY, Insurance economics society of America, Washington, 1946.

JALOUX, Edmond, Essences, Collection Princeps, *A l'Enseigne du Cheval Ailé*, Genève, 1945.

DE JOUVENEL, Bertrand, Du Pouvoir, Histoire naturelle de sa croissance, Collection Princeps, Questions discutées, *A l'Enseigne du Cheval Ailé*, Genève, 1945.

Journal C.A.M.S.I., (mai) 1945 ; (octobre) 1946.

JONES, W. H. A., The Doctor's Oath, *Cambridge University Press*, Londres, 1924.

KNIGHT, F. H., Value, dans *Encyclopædia of Social Sciences* Millan, New-York, 1934.

Larousse Médical, Divers articles, (Economie-Valeur-Éducation).

LEGENDRE, La vie du médecin, *Maloine*, Paris, 1931.

LELAND, R. G., The cost of medical education, *Journal A.M.A.*, vol. 96, (fév.) 1931.

LESAGE, Albert, Le cinquantenaire de la mort de Pasteur, *Bull. Ass. Méd. Lan. franç., Canada*, Montréal, tome 75, n° 1, (janvier) 1946.

MAGNER, William, The standards of medical practice, *Ontario Medical Review*, vol. 3, (août) 1946.

MARITAIN, Jacques, Du régime temporel et de la liberté, *Desclée de Brouwer*, Paris, 1933.

McPHEDRAN, Harris, Numerous papers, *Journ. C.M.A.*, 1935-1947.

MORACHE, G., La profession médicale, *Félix Alcan*, Paris, 1901.

MORTON, Allan R., Health services for Canadian people, *The Nova Scotia Medical Bulletin*, Halifax, vol. XXV, (sept.) 1946.

MAURIAC, Pierre, Aux confins de la médecine, *Bernard Grasset*, Paris, 1926.

NEDELEC, Marc, Le mode de paiement du médecin, dans *Le Médecin français*, (janvier) 1946.

OKINCZYC, Dr,

1. La profession médicale, *Études*, 1933 ;
2. Humanisme et médecine.

PARANT, Dr Victor, La morale du médecin, *Asselin & Houzeau*, Paris, 1914.

PARENT, Mgr J.-M., L'Université et le Canada français, Discours, Radio-Canada, (mars) 1946.

PAYEN, R. P. P.-G., Déontologie médicale d'après le droit naturel, *T'ou-Sé-Wé*, Shanghai, 1935.

PIE XII, SS. le Pape, Les fondements et les normes de la morale chrétienne dans l'exercice scientifique, professionnel et didactique de la noble mission sanitaire. Discours aux membres de l'Union italienne médico-biologique Santa Luca.

Revue Internationale de médecine professionnelle et sociale, (8 août) 1935.

RIST, Qu'est-ce que la médecine? *Masson*, Paris, 1929.

ROSEN, Geo., A theory of medical historiography, *Bulletin of History of Medicine*, vol. 8, (mai) 1940.

ROUTLEY, T. C., The national health service bill for England, *Journal de l'Assoc. médic. canadienne*, vol. 56, (jan.) 1947.

SURBLED, Dr, La morale dans ses rapports avec la médecine, *Retaux*, Paris, 1898.

SURVEY OF PHYSICIANS IN CANADA, Department of National Health, Pensions, Ottawa, (juillet) 1946.

TROUSSEAU, A., Introduction aux cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris, *Baillière & Fils*, tome 1, Paris, 1865.

TUGWELL, R. G., The trend of Economics, *F. S. Croft & Co.*, New-York, 1930.

TURNER, Edward L., Problems and trends in medical education; *The Bulletin of the Vancouver Medical Association*, Vancouver, vol. XXIII, (nov.) 1946.

VANDRY, Mgr, Le rôle de l'Université dans la nation, Discours Radio-Canada, (mars) 1946.

VÉZINA, Dr Chs, Discours inaugural XVIII^e Congrès Assoc. Méd. Lan. franç. du Canada, Québec, 1945.

VINCENT, J., La médecine, ce qu'elle est ; le médecin, ce qu'il doit être, Beauchesne, Paris, 1913.

VIVIAN, R. P., Health series for canadian people, *Bulletin of the Nova Scotia Medical Society*, Halifax, vol. XXV, (oct.) 1946.

VOIVENEL, Paul, Les propos de Campagnou.

WILSON, WALLACE, Inauguration address, C.M.A. 77th Convention, Banff, 1946.

ACTUALITÉS MÉDICALES

POLIOMYÉLITE

par .

Berchmans PAQUET

*Professeur titulaire de Clinique des Maladies contagieuses
à l'Université Laval*

La poliomyélite antérieure aiguë a été reconnue comme une entité clinique en 1840 par Heine, en Suède. Médin, en 1890, a conclu qu'elle était une infection aiguë. Wickman, en 1905, en a observé 1,031 cas. En 1908, Landsteiner et Popper ont infecté deux singes par voie intraperitoneale avec de la moelle épinière provenant d'un être humain et ils ont découvert que la maladie est causée par un virus filtrant.

En 1910, on a démontré la présence des anticorps neutralisants dans les sérum de singes convalescents. Netter, Levaditi et Flexner ont signalé leur présence dans le sérum humain. C'est à Netter que l'on doit la thérapeutique par le sérum de convalescents.

La poliomyélite est causée par un des plus petits virus connus. Il mesure 8 à 12 millimicrons et il est détruit par la chaleur entre 56° et

60°. Il résiste au froid. L'infection expérimentale n'est possible que chez le singe où le virus n'agit que sur le système nerveux central. Ce virus atteint, tant chez l'homme que chez le singe, principalement la moelle épinière et le mésocéphale. On l'a retrouvé dans les ganglions sympathiques, mais jamais dans les nerfs périphériques ni dans le sang humain. On l'a toutefois trouvé dans la rate chez le singe. Dans le naso-pharynx de l'homme, la présence du virus a été signalée dans des cas aigus et même après la mort. Paul et Trask, en 1932, l'y ont retrouvé dans certaines formes abortives ; Flexner, Clarke et Fraser, en 1916, l'ont également mis en évidence dans le naso-pharynx des porteurs sains de virus. Il a été isolé dans les matières fécales humaines où Vignac et Paul ont constaté qu'il persistait pendant 74 jours.

Les voies d'inoculation du virus chez le singe sont le tissu nerveux intra-cérébral ou encore la muqueuse nasale. Le virus se rend par cette muqueuse au lobe olfactif. La voie sous-cutanée ou vasculaire requiert une très grande quantité de virus pour entraîner l'infection. Les voies intra-péritonéale et sous-cutanée sont aussi des modes d'infection chez le singe. Draper a considéré que chez l'homme la poliomyélite est une maladie infectieuse généralisée au cours de laquelle la paralysie n'est qu'un accident.

Les anticorps neutralisants de la poliomyélite sont spécifiques pour le virus comme le démontre l'épreuve ou le test de neutralisation du virus découvert par Landsteiner et Levaditi. Ils ont préparé des suspensions au sérum physiologique de moelle de singe infecté par le virus et ils ont démontré que ce dernier est neutralisé en mettant la suspension au contact d'un sérum contenant des anticorps neutralisants.

La présence des anticorps neutralisants indique une immunité antérieure, mais n'indique pas toujours une immunité du système nerveux central puisque la poliomyélite s'est développée chez des individus qui avaient ces anticorps dans leur sang.

La résistance à l'infection chez l'être humain n'est pas toujours spécifique et elle joue un rôle aussi important que l'immunité humorale ou cellulaire spécifique. En effet, les sécrétions nasales, tant chez les humains que chez les singes contiennent des substances poliocides qui n'ont aucune relation avec les anticorps neutralisants.

Au point de vue épidémiologique, il faut signaler que, depuis 1915, il y a eu augmentation considérable de la maladie. De 1880 à 1899, on n'a rapporté que 300 cas aux États-Unis et en 1915-1916, il y en a eu 31,500.

Au point de vue géographique, il n'y a pas de pays qui sont exempts des cas sporadiques, mais les grandes épidémies ne se rencontrent que dans les zones tempérées principalement en Amérique du Nord et dans les pays scandinaves.

Les épidémies sont fréquentes et sévères particulièrement dans les pays où les changements saisonniers de température sont très marqués. C'est une maladie qui atteint aussi bien les villes que les campagnes. Elle ne survient à l'état épidémique que l'été et au début de l'automne. Marquée par de grandes irrégularités dans sa périodicité, elle n'apparaît qu'à tous les 3 ou 5 ans dans les centres populaires du nord des États-Unis et ces intervalles sont habituellement plus longs après une épidémie importante. Elle frappe principalement les jeunes enfants en dessous de 10 ans et généralement, plus la population est dense, plus la moyenne d'âge des personnes atteintes est basse, moins la population est dense, comme dans les campagnes, plus la moyenne d'âge est élevée.

Les sujets de sexe masculin sont plus vulnérables que ceux de sexe féminin. Dans l'épidémie de Toronto, en 1937, 60.3% des individus atteints appartenaient au sexe masculin. Il n'y a pas de susceptibilité raciale ni de résistance spéciale causée par la race. Les épidémies entraînent des taux de mortalité variant de 0.5% à 40%. Il existe plusieurs formes cliniques que l'on peut diviser en deux principales : les formes abortives et les formes paralytiques. Wickman, en Suède, a trouvé 3 cas abortifs pour 1 cas paralytique. Paul et Frask, en 1933, ont observé 6 cas abortifs pour un cas paralytique. Dans une épidémie survenue au Danemark, on a constaté 98 cas abortifs pour 1 cas paralytique. Ces chiffres nous font comprendre la difficulté qu'il y a de porter un pronostic quant à la gravité d'une épidémie.

Il est opportun de remarquer le rapport qui existe entre les cas primaires dans une même famille et les cas secondaires qui peuvent y survenir. A New-York, en 1916, sur 8,709 familles atteintes, on a trouvé plus d'un cas dans la même famille que dans la proportion de 4.4 p. cent.

En Alberta, en 1927, sur 189 familles, on a trouvé 7.4% des familles où il y eut plus d'un cas à forme paralytique et 18.4% si l'on incluait les cas à forme abortive. Dans la ville de Québec, en 1931-1932, on a enregistré 13% de cas secondaires dans les familles atteintes.

La contagion se fait par contact direct ou indirect, mais il y a un manque évident de relation entre les cas constatés. Cependant, Freeman et Frost, en 1916, ont démontré que 8.2% des cas paralysés provenaient d'un contact direct et que 20.2% de tous les cas en incluant les formes abortives avaient été en contact direct ou indirect avec un paralysé, un non paralysé ou un malade ayant présenté la forme abortive.

Le contact direct et indirect semble prouvé par les expériences qui ont été faites sur les porteurs sains de virus. En effet, le virus a été isolé chez certains individus en santé et le test de neutralisation du virus chez eux a démontré qu'il y a un haut pourcentage de porteurs qui peuvent directement ou indirectement contaminer l'être humain.

Wickman, en 1905, a fait une enquête épidémiologique dans l'école de Trasténa. Il a rapporté de nombreux exemples démontrant que la maladie avait été propagée par des porteurs sains de virus et aussi par des malades qui présentaient des formes abortives de la maladie.

La présence des anticorps neutralisants dans le sang est un indice que le virus a infecté l'organisme. En général, la majorité des adultes d'une ville où la poliomylélite prévaut possèdent des anticorps dans le sang. La proportion est moins grande dans les campagnes et chez les jeunes enfants.

Aycock et Kramer, en 1930, ont publié à ce point de vue une statistique intéressante qui démontre que les adultes plus que les enfants ont des anticorps neutralisants. En effet, dans les villes, les enfants de 0 à 4 ans donnent une réaction positive à la recherche des anticorps dans le sang dans la proportion de 41.7%, alors que les adultes au-dessus de 20 ans présentent une réaction positive dans 87.5% des cas.

Dans les campagnes, aucun enfant de 0 à 4 ans n'est immunisé, chez les adultes, 40% ont des anticorps neutralisants dans le sang. Ces chiffres s'expliquent par le fait que les adultes ont rencontré plus souvent le virus, en raison de leurs contacts plus fréquents avec les humains, et sans faire de poliomylélite cliniquement décelable, ont développé des anti-

corps dans leur sang. La différence entre les chiffres observés en ville et à la campagne s'explique par le fait que les contacts entre humains sont moins nombreux à la campagne qu'en ville. C'est là, croyons-nous, une des preuves les plus convaincantes de l'existence de porteurs sains de virus.

Il faut signaler que les adultes n'ayant présenté aucun symptôme ont dans leur sang des anticorps neutralisants tout comme ceux qui ont fait une forme paralytique ou abortive. Kramer a observé que 5 enfants qui avaient été en contact prolongé avec un cas de poliomyélite ont développé, sans être malades, des anticorps neutralisants dans leur sang moins de 5 mois après le contact.

En résumé, ces faits nous font croire que la poliomyélite se transmet par contact direct ou indirect exactement comme des autres maladies infectieuses.

En effet, nous avons la preuve que le virus a été retrouvé dans le naso-pharynx de gens normaux. Nous savons, de plus, que des personnes n'ayant jamais fait la maladie ont développé dans leur sang des anticorps neutralisants et que ce nombre va en augmentant avec l'âge. Kramer a aussi observé des cas où il a pu suivre le développement des anticorps dans le sang chez des enfants qui sont venus en contact avec un malade et qui n'ont pas développé la maladie. Ces faits cliniques et l'expérimentation nous permettent de conclure que la transmission se fait principalement par les sécrétions naso-pharyngées et ceci nous explique l'épidémiologie de la maladie ainsi que les formes cliniques ambulatoire et abortive principalement.

En raison des facteurs humoraux, cellulaires et locaux au niveau du naso-pharynx qui interviennent dans l'immunité contractée par cette maladie, il nous est possible d'expliquer pourquoi, dans une même famille, les cas secondaires sont relativement rares par rapport aux cas primaires. L'on peut également comprendre pourquoi dans une même ville, dans une même agglomération, il nous est pratiquement impossible de constater la relation qui existe entre les divers cas, mais les expériences que je vous ai rapportées antérieurement nous permettent de croire à la propagation et à la transmission de la maladie par contact direct ou indirect. Il n'y a pas de preuves de transmission de la maladie par les

insectes, par l'eau, les fruits et les légumes, mais plusieurs épidémies ont été causées apparemment par le lait. Wickman en rapporte 10 cas, à New-York en 1916 ; 8 cas, à Cortland en 1925 ; et en Angleterre en 1926, 62 cas sont reconnus comme ayant été causés par le lait.

Au point de vue clinique, la poliomyélite est caractérisée par sa période d'incubation qui varie de 5 à 20 jours, suivie de la période d'invasion qui se manifeste habituellement par un seul symptôme, la fièvre, qui est aux environs de 103 degrés. Le syndrome infectieux du début ne peut être attribué à aucune lésion apparente. Il est suivi après 24 à 36 heures de symptômes méningés ; la céphalée occipitale est intense, la raideur de la nuque du rachis et les douleurs dorso-lombaires sont marquées. Survient alors des vomissements en jets du type méningé.

Après 4 à 5 jours d'évolution apparaît le syndrome neurologique qui donne des parésies ou des paralysies qui ne s'organisent peut-être pas d'emblée et aussi rapidement qu'on l'a toujours enseigné. En effet, dans la plupart des cas paralytiques que nous avons observés, il s'est écoulé en moyenne de 48 à 72 heures avant que nous ayons pu constater une paralysie complète.

Cette paralysie est du type périphérique et s'accompagne de flaccidité et d'hypotonie dans les groupes de muscles paralysés avec abolition des réflexes. Un symptôme que nous avons retrouvé constamment est la douleur, douleur au niveau du rachis, au niveau des muscles paralysés et de leurs antagonistes ; douleur subjective excessivement marquée qu'il a fallu, dans certains cas, calmer par les opiacés. Douleur objective provoquée par les mouvements passifs imprimés au membre paralysé ; et il est important de signaler que la douleur provoquée par ces mouvements est assez forte pour que le médecin soit forcé de les limiter, ce qui étonne un peu en présence de la paralysie flasque dont est atteint le membre.

Il était classique d'expliquer la douleur par les relations qui existent entre les cornes antérieures de la moelle et les cornes postérieures et l'on attribuait ces douleurs à la propagation du processus inflammatoire aux cornes postérieures.

Récemment, toutefois, certains auteurs expliquent ce phénomène par une pathogénie toute différente. D'après eux, il y aurait des contractures importantes de certains muscles, contractures constatées cliniquement et confirmées par un examen électrique qui aurait démontré une hyperexcitabilité du muscle, et c'est cette contracture qui serait douloureuse ; cette théorie a d'ailleurs donné naissance aux thérapeutiques par les enveloppements chauds, la prostigmine et, plus récemment, le curare.

Le syndrome infectieux, méningé et neurologique s'accompagne de réactions méningées traduites par les modifications du liquide céphalo-rachidien. Il fut d'abord enseigné que la dissociation cyto-albuminologique du liquide céphalo-rachidien était la formule habituelle dans la poliomérite, mais les quelques cas que nous avons observés et chez lesquels la ponction lombaire a été faite nous ont montré, d'une façon constante, sauf dans un cas, que le taux d'albumine est élevé ; les leucocytes sont augmentés et il y a habituellement polynucléose associée à la lymphocytose du moins à la phase aiguë de la maladie.

Les formes cliniques sont multiples et la dernière épidémie nous a permis de rencontrer des formes fébriles donnant de la fièvre sans autre symptôme. La ponction lombaire a été pratiquée chez 4 de ces malades et a révélé une albuminorachie et une leucocytose élevée. Nous avons vu des formes méningées avec fièvre, vomissements, céphalée et raideur de la nuque. La ponction lombaire chez 8 de ces malades a donné un liquide limpide et clair alors que le taux d'albumine était élevé avec augmentation des leucocytes. Nous avons également observé les formes douloureuses où le seul symptôme était la douleur sans paralysie. Les formes bulbaires se sont révélées assez nombreuses et ont présenté, comme principal symptôme, la difficulté ou l'impossibilité de la déglutition et de la phonation. Nous avons rencontré la paralysie ascendante de Landry dans 3 cas et, enfin, chez une dame âgée de 49 ans, nous avons cru reconnaître une forme cérébrale donnant comme symptôme des troubles mentaux sous forme de confusion mentale, un signe de Babinski positif à droite, une diminution des réflexes rotulien et achilléen droits. La ponction lombaire chez cette malade a donné un liquide clair conte-

nant un gramme d'albumine, 313 leucocytes par millimètre cube dont 48% étaient des polynucléaires et 52% des lymphocytes.

Cette malade a posé un problème diagnostique excessivement difficile à résoudre au cours d'une épidémie de poliomyélite. En effet, s'agissait-il d'une forme cérébrale de poliomyélite ou s'agissait-il plutôt d'une encéphalite causée par un autre virus que celui de la poliomyélite ?

Au cours de l'épidémie qui vient de se terminer, nous, et quand je dis nous, j'inclus les deux internes ainsi que la religieuse infirmière du département qui m'ont été d'un secours très précieux, nous avons eu l'occasion d'observer 60 cas de poliomyélite. De ce nombre, 9 ont été considérés comme forme fébrile, 12 n'ont manifesté qu'un syndrome méningé et les autres ont présenté des formes paralytiques à divers degrés.

Le diagnostic positif de la poliomyélite nous a paru facile à faire dans tous les cas à forme paralytique. Cependant, avant que la paralysie s'installe il faut reconnaître que le diagnostic présente certaines difficultés, car le seul symptôme existant est la fièvre associée quelquefois à un syndrome méningé ; toutefois, plusieurs médecins ont dirigé leurs malades à l'Hôpital civique à cette phase. La ponction lombaire a été pratiquée confirmant qu'il s'agissait d'une infection à virus neurotrophe et nous devons dire immédiatement qu'après le traitement institué au chlorate de potasse un seul malade a évolué vers la paralysie.

Les diagnostics différentiels à faire en théorie sont nombreux, en pratique ils se résument à la phase du syndrome méningé à ceux des méningites suppurées, tuberculeuses ou autres. La ponction lombaire tranche la question facilement de même que l'évolution pour ce qui concerne la tuberculose méningée.

La maladie qui offre une difficulté diagnostique presque insurmontable est la chorioméningite lymphocytaire curable qui présente un tableau clinique, une formule du liquide céphalo-rachidien et une évolution comparables à bien des points de vue à la forme méningée de la poliomyélite.

Nous vous présentons l'observation des malades que nous avons suivis surtout au point de vue des formes cliniques et des traitements qui ont été employés et nous vous exposons les résultats obtenus.

1. Tous ces malades ont été soumis au traitement par le chlorate de potasse donné par la bouche à la dose de 10 centigrammes par kilo de poids.
2. Chez certains malades, on a associé au traitement par le chlorate de potasse le salicylate de soude par voie intra-veineuse à la dose de 1 gramme matin et soir.
3. Tous ont eu des enveloppements chauds des membres atteints.
4. Trois malades ont été soumis au traitement par le curare à la dose de $\frac{9}{10}$ e d'unité par kilo de poids donné aux 8 heures ; et trois ont reçu de la prostigmine.

Nos observations peuvent se résumer comme voici :

Toutes les formes fébriles n'ont été suivies d'aucun phénomène paralytique. Tous les malades qui sont entrés avec un syndrome méningé ont guéri en 24 à 72 heures par la seule administration du chlorate de potasse. Un seul a évolué vers la paralysie et il a souffert d'une forme très grave de la maladie dont il a guéri partiellement.

Chez les autres malades qui présentaient une forme parétique ou paralytique nous avons donné en même temps le chlorate de potasse et le salicylate de soude et nous avons constaté, après quelques jours de traitement, une amélioration considérable chez huit de nos patients.

Nous avons suivi quatre formes bulbo-protubérantielles : un cas a évolué vers la mort, deux se sont considérablement améliorés après 5 à 6 jours d'administration de chlorate de potasse associé au salicylate de soude, un a guéri complètement.

Les trois malades qui ont été soumis au traitement par le curare associé d'ailleurs aux mouvements passifs des membres n'ont pas montré d'amélioration sensible.

Voici, d'ailleurs, des tableaux résumant nos observations :

FORME FÉBRILE

Cas.....	9
Ponction lombaire.....	4
CLO ⁴ K.....	9
Guéris.....	9

FORME MÉNINGÉE

Cas.....	13
Ponction lombaire.....	8
CLO ⁴ K.....	9
CLO ⁴ K plus salicylate.....	3
Guéris.....	12
Non guéri.....	1

FORME PARALYTIQUE

Cas.....	30
Ponction lombaire.....	15
CLO ⁴ K.....	18
CLO ⁴ K, plus salicylate.....	8
Curare.....	3
Prostigmine.....	3
Guéris.....	2
Non guéris.....	25
Améliorés.....	3

FORME BULBAIRE

Cas.....	4
Ponction lombaire.....	2
CLO ⁴ K, plus salicylate.....	3
Guéri.....	1
Non guéri.....	1
Amélioré.....	1
Décédé.....	1

FORME CÉRÉBRALE

Cas.....	1
Ponction lombaire.....	1
CLO ⁴ K.....	1
Guéri.....	1

FORME DE LANDRY

Cas.....	3
CLO ⁴ K.....	1
Décédés.....	3

**CAS DE PARALYSIE INFANTILE RAPPORTÉS A L'HOPITAL CIVIQUE
PAR AGE, PAR SEXE AINSI QUE LE NOMBRE DE DÉCÈS LORS
de la DERNIÈRE ÉPIDÉMIE SURVENUE A QUÉBEC EN
JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE ET OCTOBRE 1946.**

TOTAL DES CAS

Déclarés 60		Décédés 4	
Cas déclarés par Sexe		Cas décédés par Sexe	
Masculins 32	Féminins 28	Masculins 3	Féminin 1

NOMBRE DE CAS PAR AGE, PAR SEXE AINSI QUE LES DÉCÈS

AGE	Grand total des cas par âge		Nombre des cas masculins par âge		Nombre des cas féminins par âge	
	Décl.	Déc.	Décl.	Déc.	Décl.	Déc.
0 à 4 ans.....	23	— 1	13	— 1	10	— 0
5 à 9 ans.....	14	— 2	7	— 1	7	— 1
10 à 14 ans.....	8	— 0	5	— 0	3	— 0
15 à 19 ans.....	6	— 0	2	— 0	4	— 0
20 à 29 ans.....	5	— 0	4	— 0	1	— 0
30 à 39 ans.....	2	— 1	1	— 1	1	— 0
40 à 49 ans.....	2	— 0	2	— 0
	60	— 4	32	— 3	28	— 1

Les conclusions à tirer de ces observations sont que :

1. Le chlorate de potasse, le salicylate de soude et autres médicaments semblent bien agir lorsqu'ils sont donnés précocelement à la phase préparalytique.

2. Les formes bulbo-protubérantielles et la paralysie ascendante de Landry sont les plus graves puisque sur 7 cas observés 4 sont morts donnant un taux de mortalité de 57.1%.

3. Des 60 cas traités, 36.6% ont présenté la forme non paralytique. De ce nombre, 95.4% ont quitté l'hôpital guéris, 1 seul a évolué vers la paralysie. 63.3% ont souffert de paralysie. De ce nombre, 7.9% ont guéri après traitement médicamenteux; les autres ont été dirigés vers la physiothérapie.

En résumé, 41.7% de tous les malades ont quitté l'hôpital guéris; 6.6% ont montré de l'amélioration et ont reçu ultérieurement des traitements de physiothérapie. De très légères améliorations ont été constatées chez 45% durant le traitement médicamenteux et ces patients ont été dirigés vers les services de physiothérapie après la phase aiguë de la maladie i.e., après le retour de la température à la normale. 6.6% sont décédés.

La médication que nous avons employée est celle qui a été préconisée par le Dr Contat et qui a été rapportée dans la *Gazette des Hôpitaux de Paris*, en juillet 1939. Le traitement par le salicylate de soude est connu depuis longtemps, puisque ce médicament est un antiseptique général que l'on donne habituellement dans les infections à virus neurotropes. Les enveloppements chauds des membres ont aidé considérablement à atténuer le symptôme qui était le plus pénible pour les malades la douleur. Le traitement par la prostigmine que nous avons employée chez trois malades, et le curare chez trois malades également à la phase aiguë de la maladie n'ont pas paru donner des résultats comparables à ceux obtenus en certains milieux. Nous admettons volontiers que le nombre des cas traités par ces médicaments est trop limité pour en tirer des conclusions générales.

Le traitement de la poliomyalgie comporte plusieurs phases, dont la période aiguë, alors que le malade fait de la fièvre et qu'il est contagieux.

Notons en passant que la contagion dure en moyenne 21 jours mais que ceci n'est certainement pas l'absolute vérité et qu'elle peut durer plus longtemps puisque l'on a retrouvé le virus dans les sécrétions nasales de singes qui avaient été infectés expérimentalement et étaient guéris de leur maladie depuis plusieurs semaines.

A la période aiguë, le traitement doit être uniquement général et à base de médicaments. Un de ceux habituellement employés et qui semble donner des résultats est celui à base de chlorate de potasse par la bouche associé au salicylate de soude par voie intra-veineuse, à la prostigmine ou au curare. Les bains quotidiens chauds paraissent donner de bons résultats ainsi que les enveloppements chauds des membres atteints.

Que faut-il penser du traitement par le sérum de convalescents ou le sérum d'adultes préconisé par Netter en 1910. Ce sérum a joui d'une grande popularité et il constitue certainement le plus spécifique de tous les traitements. En effet, le test de neutralisation expérimentale du virus par les anticorps neutralisants nous laisserait croire que les anticorps neutralisants de sérum de convalescents vont détruire ou inactiver le virus dans l'organisme. Des statistiques assez importantes ont été publiées sur les résultats obtenus avec le sérum de convalescents et c'est ainsi qu'au Manitoba, en 1936, on a donné le sérum à quelque 300 malades et voici les résultats qu'on a obtenus. Lorsqu'il a été donné moins de 24 heures après le début de la maladie 92.4% ont guéri. Après 36 heures, le taux a baissé à 86.6% ; après 48 heures, il est descendu à 85% ; et après 72 heures, seulement 79.1% ont guéri. Après 4 jours 66.6% ne sont pas restés paralysés et après au delà de 4 jours, 63.6% ont guéri.

Cette statistique semble démontrer que le sérum des convalescents est actif lorsqu'il est donné assez tôt. Il est à signaler que cette statistique rapporte des cas qui ont été traités avant la phase paralytique. Une autre statistique à l'occasion de l'épidémie de New-York, en 1931, et qui porte sur 927 cas rapporte les résultats suivants :

519 malades ont reçu le sérum des convalescents et 408 ne l'ont pas reçu.

On a divisé les résultats obtenus en 4 catégories :

- 1° Ceux qui ont guéri ;
- 2° Ceux qui ont conservé de la faiblesse musculaire ;
- 3° Ceux qui sont restés paralysés ;
- 4° Ceux qui sont morts.

LE TABLEAU SUIVANT INDIQUE LES RÉSULTATS

		Guéris	Faibles	Paralysés	Morts
Patients qui n'ont pas reçu de sérum.....	408	73.7%	14.2%	11%	0.9%
Patients qui ont reçu du sérum.....	519	68.8%	7.7%	19.6%	3.8%
Grand total.....	927				

Notons que, dans tous ces cas, le sérum a été donné à la phase préparalytique.

Les conclusions que l'on doit tirer est que l'efficacité du sérum n'est pas absolument démontrée. Cependant, il ne faudrait peut-être pas ignorer trop vite l'idée de Netter qui, en somme, est basée sur un fait scientifique, l'existence des anticorps neutralisants, et il serait peut-être bon d'étudier s'il ne s'agit pas d'une question de quantité ou de doses suffisantes de sérum à injecter pour neutraliser le virus.

D'ailleurs d'une façon générale, il est bien difficile d'établir une relation absolue entre un traitement institué et les résultats obtenus parce que la forme des épidémies est trop variable ; je vous rappelle ici les chiffres que je donnais tout à l'heure concernant le rapport entre les cas à forme abortive et les cas paralysés ; en certains milieux, il y eut un rapport de 3 à 1 alors qu'au Danemark, le rapport était de 98 pour 1.

PROPHYLAXIE

La prophylaxie de la poliomyalgie a été longtemps considérée comme devant relever du sérum de convalescents et à Philadelphie durant

l'épidémie de 1932, on a injecté 2,179 enfants dans les cliniques hospitalières et l'on a observé une incidence de 1 cas par 363 enfants injectés alors que chez les autres enfants de la ville, on a observé 1 cas par 555 enfants. A Los Angeles, en 1934, 52.6% des 115 employés qui avaient reçu du sérum d'une façon prophylactique ont souffert de poliomyélite. Le sérum n'a donc pas été efficace comme préventif.

Il a existé également deux types de vaccin. Celui de Brodie, est fait avec une suspension traitée par la formaline de moelle épinière de singe infecté par le virus. Le deuxième est celui de Kolmer qui a été rendu non infectant au moyen du récinalolate de sodium. Ce dernier vaccin semble avoir causé certains cas de poliomyélite chez les enfants après son administration ; et l'efficacité du vaccin de Brodie est tellement douteuse que l'emploi de ces deux vaccins a été discontinué.

Comme autres mesures préventives, on recommande des applications dans le nez et dans la gorge d'antiseptiques ordinaires légers, tels que le goménol ; d'autres préconisent le menthol. A Toronto, en 1937, on a fait une étude du sulfate de zinc en instillations nasales et l'on a constaté que le taux des cas par 1,000 dans le groupe de ceux qui avaient reçu le médicament était de 2.1 par rapport à 2.4 chez le groupe témoin qui n'avait pas reçu ce traitement.

CONCLUSIONS

Les conclusions de cet exposé forcément incomplet sont : que la poliomyélite est une maladie infectieuse, contagieuse, endémique, épidémique causée par un virus que l'on peut cultiver et neutraliser ; que ce virus est éliminé par les sécrétions naso-pharyngées, les matières fécales et qu'il entraîne dans le sang la formation d'anticorps que l'on a retrouvés non seulement chez les malades mais chez les porteurs sains de virus. La poliomyélite se transmet comme toutes les autres maladies infectieuses par contact direct ou indirect, elle atteint le système nerveux, mais ne donne de la paralysie que dans un certain nombre de cas.

Les recherches de Aycock et Kramer le démontrent : 87% des adultes normaux ont des anticorps neutralisants dans le sang.

C'est une maladie qui survient en été et au début de l'automne à l'état épidémique. Les épidémies sont périodiques et séparées par des intervalles de plusieurs années.

Ces notions d'épidémiologie sont suffisantes pour nous permettre de prendre toutes les mesures collectives ou individuelles qui peuvent aider à prévenir la propagation de cette maladie.

Au point de vue clinique, il faut se rappeler qu'il existe plusieurs formes de poliomyléite qui n'en sont pas moins contagieuses si on les considère au point de vue épidémiologique. Il est bien difficile, en raison de l'évolution variable avec les épidémies et les formes cliniques, d'affirmer que tel ou tel médicament est plus efficace qu'un autre. Cependant, nous croyons qu'une thérapeutique à base de chlorate de potasse associé au salicylate de soude, à la prostigmine ou au curare est celle qui doit être employée à l'heure actuelle à la phase fébrile et aiguë de la maladie. Trois ou quatre jours après que la température est redevenue normale, on passera alors à la deuxième phase du traitement de la poliomylérite qui, je crois, est la plus importante : c'est la période des traitements physio-thérapeutiques.

**CONSIDÉRATIONS
SUR LE TRAITEMENT DU LUPUS TUBERCULEUX
PAR LA VITAMINE D₂**

par

Jean GRANDBOIS

Assistant à l'Hôpital du Saint-Sacrement

Dans un travail très récent (1 et 2), il a été démontré qu'une solution alcoolique de vitamine D₂ donnait d'excellents résultats dans le traitement du lupus tuberculeux.

L'observation suivante est rapportée afin d'ajouter une nouvelle preuve de l'efficacité de ce médicament dans le lupus tuberculeux et, aussi, de mentionner son action surprenante sur une arthrite tuberculeuse dont le malade souffrait. De multiples épreuves de laboratoire ont été pratiquées. Toutes ces épreuves tendaient à déceler la toxicité possible de la vitamine D₂ sur l'organisme, particulièrement sur l'appareil urinaire et sur le métabolisme du calcium.

La méthode employée diffère légèrement de la méthode recommandée par Charpy (3). La solution alcoolique de vitamine D₂ est administrée à la dose quotidienne de 240,000 unités (6 milligrammes), durant le premier mois, et 120,000 unités (3 milligrammes), durant les mois suivants. Cet apport quotidien a pour but de maintenir une concentration uniforme de la vitamine dans le plasma sanguin et d'accroître ainsi son action

bactéricide et bactériostatique sur le bacille de Koch. Le patient est soumis à une diète pauvre en graisses. Il boit un litre de lait par jour mais il ne reçoit de calcium sous aucune autre forme.

Voici l'observation. Monsieur R. B., âgé de 30 ans, est admis à l'Hôpital du Saint-Sacrement, le 25 novembre 1946, pour une arthrite du genou droit accompagnée de limitation importante des mouvements de cette articulation. Il présente aussi un lupus tuberculeux aux régions génienne, sous-mentonnière et cervicale droites.

Son histoire familiale ne contient aucun antécédent de tuberculose.

Dans ses antécédents personnels, le patient raconte qu'il aurait fait de la paralysie infantile à l'âge d'un an et demi. A la suite de cette affection, une scoliose et une lordose prononcées se seraient installées. Depuis trois ans, il présente des douleurs lombaires droites intermittentes et accompagnées de pollakiurie. Il avoue aussi avoir contracté une urétrite gonococcique, il y a neuf mois.

Histoire actuelle. Vers l'âge de dix ans, c'est-à-dire il y a une vingtaine d'années, le patient a vu apparaître une petite lésion sur sa joue droite. Cette lésion s'est agrandie lentement pour atteindre la grosseur d'une pièce de vingt-cinq sous, deux ans plus tard. A cette date, en 1929, il se présenta à l'Hôtel-Dieu où, après avoir porté le diagnostic de lupus tuberculeux, on employa la méthode destructive à l'électro-coagulation. Huit mois plus tard, il se fit une récidive dans la cicatrice. Dans les années qui suivirent, la lésion progressa, lente, envahissant toute la région génienne inférieure droite et les régions sous-mentonnière et cervicale du même côté. Les poussées d'extension survenaient durant la saison froide. En effet, le placard lupique, en plus d'augmenter d'étendue, devenait œdémateux et suintant, se couvrait de croûtes et laissait sourdre un pus épais. Au contraire, durant les mois d'été, il y avait arrêt de la progression du lupus et atténuation des symptômes locaux.

Le patient ajoute que, depuis deux ans, l'influence de la température est beaucoup moindre, car son travail ne l'oblige plus à s'exposer aux intempéries de l'hiver.

Ayant perdu tout espoir d'obtenir la guérison de son lupus, il se présente à l'hôpital, sur la recommandation de son médecin à cause d'une tuméfaction douloureuse de son genou droit. Il est alors hospitalisé dans le Service d'orthopédie. Le Dr J.-Paul Roger, chef de ce Service, demande alors différents examens (ponction du liquide du genou droit et radiographie) pour établir l'étiologie précise de cette arthrite.

L'examen du genou droit révèle un gonflement important et une élévation de la température locale. La fluctuation nette indique la présence d'une hydarthrose. Les mouvements de cette articulation sont très limités et la mobilisation provoque de fortes douleurs.

L'examen physique de la peau montre, au niveau des régions génienne, sous-mentonnière et cervicale droites, un placard bien circonscrit. La lésion est de couleur rouge-brun et semble formée par la coalescence de plusieurs nodules. Le centre, sur une petite surface, est d'un blanc nacré, et représente l'endroit déjà traité à l'électro-coagulation. Tout le pourtour de cette zone est nettement érythémateux, œdémateux et recouvert de quelques squames.

A la périphérie du placard, l'œdème et la coloration rouge-brun sont plus prononcés. Les lupomes sont très nombreux et sont mis en évidence très distinctement par l'examen diascopique.

L'état général du malade est bon. Son moral ne semble pas plus touché par ses troubles actuels que par la déformation prononcée de son rachis (scoliose et lordose). Les membres supérieur et inférieur gauches présentent une atrophie musculaire assez marquée. La paralysie infantile, dont il aurait souffert à l'âge d'un an et demi, expliquerait ces troubles trophiques.

L'examen clinique des différents systèmes est négatif, si l'on excepte un suintement uréthral qui survient d'une façon intermittente, depuis neuf mois.

Laboratoire. Une biopsie pratiquée en bordure du placard lupique donne le résultat suivant : « Le fragment examiné présente un épiderme légèrement hyperplasique et contient, au niveau du derme, quelques cellules de type Langhans et quelques structures folliculaires de cellules épithéloïdes entourées d'un infiltrat lymphocytaire ».

La radiographie pulmonaire montre des plages de transparence normale, si on excepte le voile uniforme qui se voit, à droite, à cause d'une fermeture du thorax par déformation scoliose. Deux concrétions, dans le flanc droit, font soupçonner un rein exclu avec calcification.

Une radiographie comparative des genoux montre une structure osseuse normale et des rapports articulaires normaux.

Une ponction du genou droit permet de retirer trente-cinq centimètres cubes d'un liquide d'aspect trouble et de couleur citrin. La cytologie montre une lymphocytose à 75 pour cent. La recherche directe du bacille de Koch est négative. Bien que l'examen microscopique ne décèle la présence d'aucun agent microbien, l'ensemencement sur des milieux de Lowenstein met en évidence, quelques semaines plus tard, du bacille de Koch.

L'azotémie donne un chiffre de 0 g. 32%.

La sédimentation globulaire est de 5 mm. après une heure.

L'examen des urines révèle des cellules vésicales (0 à 1 par champ microscopique), des amas leucocytaires (0 à 1 par champ microscopique) et quelques leucocytes libres.

Un prélèvement urétral fait voir de rares leucocytes désagrégés et de rares bactéries dont quelques-unes ont l'aspect du gonocoque.

La réaction de Kline est négative.

Un *patch test* à la tuberculine donne un réaction fortement positive (+++).

A la suite d'une consultation dans le Service d'urologie, différentes épreuves sont faites et l'opinion suivante est émise : « Rein droit partiellement exclu (d'après le rapport des radiographies). Calcification des foyers exclus. Les ensemencements sur milieux de Lowenstein sont négatifs ».

Traitement. Le 29 novembre 1946, le patient commence à recevoir la solution alcoolique de vitamine D₂. Chaque jour, on lui donne 240,000 unités (6 milligrammes) par voie buccale. Un mois plus tard, la dose est réduite à 120,000 unités (3 milligrammes). Il est soumis à une diète alimentaire pauvre en matières grasses... On lui recommande de boire trois ou quatre verres de lait par jour... Aucune autre thérapeutique n'est employée.

Evolution. Le lupus commence à se modifier; le douzième jour après le début du traitement, l'œdème est un peu moins prononcé et l'érythème semble s'atténuer légèrement. Le patient mentionne que les mouvements de son cou sont plus libres.

Durant les deux semaines qui suivent, l'amélioration est plus marquée. L'œdème disparaît presque complètement. La coloration change du rouge foncé au rose-brun. Les lupomes deviennent plus apparents et la vitro-pression n'est plus nécessaire pour les mettre en évidence. Le patient qui, jusqu'ici, avait conservé un certain scepticisme quant à l'efficacité de la vitamine D₂, devient plus optimiste.

Le 10 janvier 1947, soit un mois et demi après le début de cette thérapeutique, il n'y a plus d'œdème et la zone cicatricielle centrale s'est sensiblement agrandie. Un mince liséré brunâtre persiste au pourtour du placard lupique.

Le 19 février 1947, quatre-vingt-trois jours après le début du traitement, la lésion est presque complètement cicatrisée. La peau est blanchâtre, atrophique et ne contient que quelques lupomes encastrés dans le tissu cicatriciel. Cependant, le liséré périphérique est encore présent mais il est moins prononcé. Par endroits, il n'est presque pas visible.

Le patient fait remarquer que la vitamine D₂ semble donner d'aussi bons résultats sur son arthrite que sur son lupus.

Voici le rapport du Dr J.-P. Roger, le 13 février 1947 : « Cliniquement, l'état du genou s'est amélioré d'une façon sensible, bien que l'articulation n'ait pas été immobilisée et qu'on n'ait mis aucune restriction à la marche ou aux exercices. Le genou est encore un peu chaud, mais l'articulation est pratiquement indolore. L'extension est complète et la flexion dépasse l'angle droit sans aucune difficulté ».

Durant toute cette période, le patient n'a présenté aucun signe clinique d'intolérance. Il a bien ressenti quelques douleurs lombaires droites accompagnées de pollakiurie mais, ces troubles, il les présentait depuis plusieurs années.

La diurèse, calculée à différentes reprises, s'est toujours maintenue dans les limites normales. L'examen des urines a décelé des traces d'albumine, des cylindres hyalins et granuleux au nombre de 0 à 1 par

champ microscopique. Cependant, deux nouveaux examens, les cinq et sept février, sont parfaitement normaux.

Le patient a été soumis à différentes épreuves de laboratoire, tant pour déceler la toxicité de la vitamine D₂ que pour prouver son efficacité réelle.

Voici la lecture des azotémies, calcémies et calciuries qui ont été faites depuis le début du traitement :

Azotémies (normale : 0 g. 20 — 0 g. 40%)		Calcémies (0 g. 090 — 0 g. 110%)		Calciuries (0 g. 070 — 0 g. 290%)	
Dates	Taux	Dates	Taux	Dates	Taux
2/12/46	0 g. 32%	16/12/46	0 g. 146%	18/12/46	0 g. 205%
24/12/46	0 g. 41%	3/ 1/47	0 g. 164%	3/ 1/47	0 g. 270%
10/ 1/47	0 g. 32%	6/ 2/47	0 g. 118%	30/ 1/47	0 g. 260%
4/ 2/47	0 g. 45%	13/ 2/47	0 g. 109%	18/ 2/47	0 g. 220%
12/ 2/47	0 g. 39%				

Une nouvelle biopsie pratiquée en bordure du lupus, deux mois après le début du traitement, présente des modifications très légères si on la compare à la première. L'hyperacanthose est diminué. L'infiltrat dermique comprend des cellules épithélioïdes, quelques cellules géantes et des lymphocytes. Cependant, le manchon lymphocytaire est presque inexistant et les follicules donnent l'apparence des *naked follicles* rencontrés dans le sarcoïde de Böck. Le tissu conjonctif jeune est peu apparent.

Une deuxième ponction du genou droit, le 20 janvier 1947, permet de retirer à peine sept centimètres cubes d'un liquide sanguinolent. L'ensemencement sur des milieux de Lowenstein est négatif, après quatre semaines ainsi que l'inoculation au cobaye.

Un nouveau *patch test* à la tuberculine donne une réaction positive qui peut s'évaluer à 2+.

COMMENTAIRES

Les résultats obtenus chez ce patient, tant au point de vue de son lupus tuberculeux que de son arthrite tuberculeuse, sont excellents.

L'évolution de son lupus vers la guérison semble être plus rapide que chez ceux qui ont été déjà rapportés (1 et 2) et traités exactement selon la méthode de Charpy (3). Cependant, il serait prématurné d'interpréter ces résultats d'une façon trop catégorique. En effet, le traitement doit encore se continuer pendant plusieurs mois. Toutefois, il faut ajouter que le lupus plan nodulaire que présentait ce patient est une forme de lupus que Charpy (3) lui-même place parmi les formes les plus résistantes au traitement.

L'emploi d'une dose quotidienne de vitamine D₂, au lieu d'une dose hebdomadaire, n'est pas une méthode qui repose sur des expériences de laboratoire. Elle découle de nos connaissances concernant les médicaments à action bactéricide et bactériostatique. En effet, les sulfamidés, la pénicilline et la streptomycine doivent être administrés à intervalles courts et réguliers. Ainsi la concentration dans le plasma sanguin est maintenue à un niveau fixe et élevé et une action optima est obtenue.

Comme la vitamine D₂ semble avoir une action bactéricide et bactériostatique (4), son administration quotidienne devrait maintenir une concentration sanguine plus régulière et, ainsi, augmenter son pouvoir destructif pour le bacille de Koch.

A ce sujet, il serait intéressant de pouvoir doser la vitamine D₂ dans le plasma sanguin, dans les urines et les fèces. D'après Hyman, on retrouverait de la vitamine D₂ dans le plasma sanguin durant une période de douze semaines, après ingestion de doses massives.

Au point de vue clinique, le patient n'a présenté aucun signe d'intolérance, tels que l'anorexie, les nausées, les vomissements et l'état dépressif qui ont été observés lors de l'administration prolongée de fortes doses de vitamine D₂.

Il semble bien que cette médication ait une certaine influence sur l'azotémie mais, dans le cas présent, les modifications ont été peu importantes. Quant aux urines, elles ont contenu des traces d'albumine, des cylindres hyalins et des cylindres granuleux dans les premières semaines du traitement, mais elles sont redevenues normales, par la suite. Si l'on considère que ce patient présentait un rein droit presque totalement exclu, il ne fait pas de doute que ceux qui ont une fonction rénale normale montreront une tolérance aussi bonne, sinon meilleure.

L'augmentation progressive de la calcémie démontre une fois de plus l'action de la vitamine D₂ sur le métabolisme du calcium. Le squelette fournirait la plus grande partie de ce calcium mis en liberté dans la circulation. Son excrétion se ferait tout spécialement par voie rénale. Les chiffres croissants des calciuries faites chez ce patient en sont une nouvelle preuve.

Doit-on s'alarmer en face d'une calcémie qui s'élève? Suivant certains auteurs (5), il faudrait craindre des calcifications hétérotopiques au niveau des différents organes, particulièrement dans les vaisseaux et dans les reins. Ces calcifications pourraient entraîner des complications sérieuses et même mortelles, dans un très petit nombre de cas. Cependant, la susceptibilité individuelle serait de première importance, puisque certaines personnes peuvent tolérer des doses quotidiennes de 20,000 unités internationales par kilogramme de poids et que, par contre, d'autres sujets présentent de l'intolérance à des doses de 3,000 unités internationales par kilogramme de poids. Des troubles intestinaux, de l'ordre de la constipation et de la diarrhée, diminueraient la tolérance à la vitamine D₂.

Suivant d'autres auteurs (6), la chute et les fluctuations de la calcémie seraient plutôt des signes précurseurs de calcifications hétérotopiques. Cependant, certains symptômes cliniques d'intolérance deviendraient manifestes. Dans le cas présent, à cause de l'absence de tout signe d'intolérance, la chute de la calcémie, deux mois après le début du traitement, n'a pas semblé une cause suffisante pour discontinuer la vitamine D₂. De plus, cette baisse du taux de calcium dans le sang pouvait être expliquée par la diminution de la dose quotidienne de vitamine D₂.

Que doit-on penser de l'atténuation de la réaction à la tuberculine présentée par ce patient, deux mois après le début du traitement? Ce phénomène semble démontrer que la vitamine D₂ a une action, non seulement sur le lupus lui-même, mais sur l'état allergique spécial que présentent les personnes atteintes de cette affection. En effet, presque cent pour cent des lupiques, comparés avec les sujets normaux, présentent une hypersensibilité à la tuberculine. Donc, la diminution de cette

hypersensibilité équivaudrait à un retour vers la normale, c'est une nouvelle preuve de l'efficacité de la vitamine D₂.

Il semble donc justifiable de dire que la vitamine D₂ deviendra le traitement de choix du lupus tuberculeux et, possiblement, de l'arthrite tuberculeuse. Cependant, une attention spéciale devra être apportée aux symptômes cliniques d'intolérance et aux épreuves de laboratoire, telles que l'azotémie, la calcémie et la calciurie.

CONCLUSIONS

1. Un patient présentant un lupus tuberculeux a été traité par une solution alcoolique de vitamine D₂. Il a reçu une dose quotidienne de 240,000 unités (6 milligrammes), durant le premier mois, et 120,000 unités (3 milligrammes), dans la suite.

2. Les résultats obtenus, après quatre-vingt-trois jours de traitement, sont excellents et semblent même plus rapides que chez d'autres patients traités exactement selon la méthode de Charpy (3).

3. L'action de la vitamine D₂ s'est aussi manifestée d'une façon évidente sur une arthrite tuberculeuse que présentait ce même patient. La résorption rapide de l'exsudat du genou droit et la négativité du deuxième ensemencement de cet exsudat sur milieux de Lowenstein semblent plaider en faveur du pouvoir bactéricide et bactériostatique du médicament.

4. L'atténuation de la réaction à la tuberculine démontre l'action désensibilisatrice de la vitamine D₂ sur l'organisme.

5. Aucun signe clinique d'intolérance ne s'est manifesté durant toute la période du traitement, bien que les doses de vitamine D₂ aient été supérieures à celles qui ont été recommandées par Charpy.

6. L'influence de la vitamine D₂ sur le métabolisme du calcium s'est manifestée durant les premières semaines, par une élévation progressive de la calcémie et de la calciurie. Les modifications de l'urée sanguine ont été peu importantes.

7. Tous les patients, qui reçoivent de la vitamine D₂ à doses massives doivent être l'objet d'une surveillance médicale étroite. L'association

La solution alcoolique de vitamine D (Radiostol Forte) m'a été gracieusement fournie par la *British Drug Houses (Canada)*.

de signes cliniques d'intoxication et de modifications importantes du taux sanguin du calcium et de l'urée sera une indication de cesser, d'une façon temporaire ou permanente la vitamine D₂.

Qu'il me soit permis de remercier les docteurs J.-P. Roger, J.-N. Lavergne et A. Mercier pour la bienveillante collaboration qu'ils m'ont apportée.

BIBLIOGRAPHIE

1. GAUMOND, E., et GRANDBOIS, J., Vitamin D₂ in lupus vulgaris, *Can. Med. Ass. Jour.*, **56** : 205, 1947.
2. GAUMOND, E., et GRANDBOIS, J., Lupus tuberculeux et vitamine D₂, *Laval médical*, **12** : 571, (juin) 1947.
3. CHARPY, M.-J., Le traitement des tuberculoses cutanées par la vitamine D₂ à hautes doses, *Bull. Soc. Franç. de Derm. et Syph.*, **5-6** : 310, 1946.
4. RAAAB, W., Vitamine D — its bactericidal action. *Dis. Chest.*, **12** : 409, 1946.
5. BAUER, Jere M., et FREYBERC, Richard H., Vitamin D intoxication with metastatic calcification, *J.A.M.A.*, **130** : 1208, 1946.
6. HAW, A. W., et PORTUONDO, B. C., Relationships of serum calcium to pathological calcification of hypervitaminosis D, *Arch. Path.*, **1-14** : (juillet) 1933.

ANALYSES

Solomon Ben ASHER. **Further observations on the treatment of the anginal syndrome with thiouracil.** (Nouvelles observations sur le traitement du syndrome angineux par le thiouracil.) *American Heart Journal, 33 : 490, 1947.*

Il est probable que l'action du thiouracil dans l'angine de poitrine s'explique de la même manière que celle de la thyroïdectomie, en modifiant la sensibilité du cœur à l'adrénaline ou en diminuant la quantité de cette hormone.

Les auteurs ont étudié trente-sept malades, âgés de quarante-deux à soixante-neuf ans, souffrant de ce mal depuis huit mois à neuf ans et dont treize avaient déjà fait une thrombose coronarienne.

La dose quotidienne de thiouracil a varié. On a administré, par la bouche :

soit 0 g. 60 pendant deux ou trois semaines, puis, comme dose d'entretien, 0 g. 10 à 0 g. 20, pendant trois à sept mois ;
soit 0 g. 40 comme dose quotidienne d'attaque.

Résultats :

Soixante-sept pour cent des malades ont bénéficié du traitement qui a été suivi pendant une moyenne de cinq mois et demi et les résultats se sont maintenus pendant cinq à quinze mois.

A la dose que nous venons d'indiquer, le thiouracil a fourni une amélioration identique. On a observé quelques réactions toxiques : cinq malades ont fait de la fièvre, au cours des premiers dix jours, trois ont présenté de la neutropénie, au cours du quatrième mois. Ces troubles ont disparu, quelques jours après la cessation du traitement.

Le métabolisme basal a baissé en moyenne jusqu'à quinze pour cent, mais on n'a pas noté de parallélisme entre le métabolisme basal et les résultats cliniques. On peut en dire autant de la cholestérolémie qui augmente.

Au point de vue électrocardiographique, on a observé une amélioration de l'amplitude de T.

Il y a enfin une augmentation de poids de six livres, en moyenne. La pression artérielle ne change pas.

Guy DROUIN.

J. E. BISQUERTT et J. Q. EMMETT. **Transurethral resection to relieve urinary retention following operations on the rectum and sigmoid.** (La résection transurétrale, traitement de la rétention urinaire consécutive aux interventions sur le rectum ou le sigmoïde.) *Journal of Urology*, 57 : 771, (avril) 1947.

La rétention urinaire à la suite de la résection du rectum ou du sigmoïde est relativement fréquente. On a invoqué deux causes pour expliquer cette rétention : la blessure des nerfs de la vessie et l'asynergie entre les muscles du trigone et le col vésical.

Les auteurs appuient la dernière théorie en disant que la rétention survient, presque toujours, chez des hommes qui ont l'âge du prostatisme. L'intervention serait une cause de rétention comparable aux causes ordinaires de rétention aiguë. Quelle qu'en soit la cause, la résection transurétrale se montre efficace.

Avant de penser à la résection, il faut employer tous les moyens capables de rétablir la miction normale. Les cathétérismes répétés ou l'irrigation intermittente pour éviter la distension vésicale seront d'abord associés aux antiseptiques urinaires.

Souvent, après deux ou trois semaines, la miction devient plus ou moins normale. Dans certains cas, on doit stimuler la contraction vésicale par la prostigmine ou les médicaments de la famille des cholines, par les instillations vésicales de trente cm³ de l'une des solutions suivantes : mercurochrome à un pour cent ou violet de gentiane à 1 pour 750 que l'on laisse en place, pendant une heure. Cette stimulation est souvent suffisante.

Après trois ou quatre semaines, avant que le malade ne se décourage, il faut penser à la résection endo-urétrale. Dans un précédent article, Emmett et Cristol ont rapporté trente-trois cas de résection chez des malades opérés pour le rectum ou le sigmoïde et quatre-vingt-treize pour 100 d'excellents résultats. L'intervention est bénigne et il est nécessaire de n'enlever qu'une quantité minime de tissu. Après cette intervention, la rétention disparaît rapidement et les malades peuvent quitter l'hôpital quatre à cinq jours après. Qu'il s'agisse d'une contracture, d'une fixation du col vésical ou d'une hyperplasie glandulaire, la résection transurétrale, en affaiblissant le col vésical, permet au trigone d'expulser le contenu de la vessie.

De janvier 1944 à janvier 1946, on a fait des résections transurétrales chez vingt-quatre patients, soit dans trois pour cent des cas des résections intestinales faite à la clinique Mayo, durant cette période. Tous les patients étaient à l'âge du prostatisme. Douze d'entre eux ne se plaignaient d'aucun trouble urinaire avant la résection intestinale ; dix avaient de petits symptômes et deux présentaient des signes d'obstruction modérée.

Après la première intervention, les trois quarts des patients ont présenté une rétention vésicale complète. On a attendu quatre semaines avant de faire une résection transurétrale.

On n'a jamais réséqué plus de quinze grammes de tissu. Un examen cystoscopique négatif ne doit pas contre-indiquer une résection endo-urétrale. Les auteurs ont obtenu vingt résultats excellents, deux bons et deux peu satisfaisants.

Commentaires :

Il faut que la résection soit complète, et, pour cette raison, une deuxième résection est souvent nécessaire. L'anatomie vésicale ne doit pas être invoquée pour expliquer un mauvais résultat. L'incontinence post-opératoire est souvent temporaire et elle serait causée par une blessure minime du sphincter externe de l'urètre ou encore, selon Marshall, Pollack et Miller, par la torsion du sphincter externe produit par l'affaiblissement de la vessie et de l'uretère secondaire à l'intervention sur le rectum ou le sigmoïde.

Arthur BÉDARD.

Raoul LECOQ. **Méthode générale de désintoxication des toxicomanes.** *La Presse Médicale*, 21 : 249, (12 avril) 1947.

L'auteur classe les toxicomanes en deux catégories bien distinctes : les toxicomanes par habitude et les toxicomanes par impulsion.

Les toxicomanes par impulsion présentent des crises permanentes ou cycliques inéluctables et ils relèvent uniquement du psychiatre.

Chez les autres, l'habitude entraîne, sous l'agression répétée du poison, l'apparition d'un état humoral qui conditionne le besoin et entraîne graduellement des troubles nerveux qui peuvent aboutir à de véritables crises d'hallucination, de délire, voisine de la folie. Ces malades sont cependant justifiables d'un traitement médical approprié.

Chez les toxicomanes par habitude le sevrage brusque ou même larvé est toujours pénible, parfois dangereux ; les résultats obtenus sont, le plus souvent, aléatoires. C'est dans le but d'obvier à ces inconvénients que l'auteur et ses collaborateurs ont tenté la cure de l'alcoolisme chronique par des injections intra-veineuses d'alcool. Les résultats ont été nettement favorables. Cette méthode paraît assurer le retour à la normale des conditions humorales et la désintoxication de l'organisme. Les auteurs emploient un soluté glucosé à vingt-cinq ou trente pour cent d'alcool additionné, de préférence, d'extraits de foie de veau qu'ils administrent par voie intra-veineuse, en quantités décroissantes. On donne deux injections, chaque jour : 180 cm³, le premier jour ; 150 cm³, le deuxième jour ; 120 cm³, le troisième jour ; 100 cm³, le quatrième jour et 50 cm³ le cinquième jour. L'injection intra-veineuse corrige immédiatement les troubles qui accompagnent l'état de besoin, elle ne permet pas à l'intoxication chronique de se manifester ; il suffit de diminuer graduellement les doses pour arriver à la désintoxication de l'organisme.

Cette méthode de traitement paraît générale chez les toxicomanes. Elle a l'avantage de mettre le sujet à l'abri des accidents d'un sevrage trop rapide. On a pu l'appliquer avec avantage aux morphinomanes et

aux cocainomanes. Chez ces malades, on administre, toujours par voie intra-veineuse, le premier et le deuxième jour, la moitié de la dose normalement mise en œuvre. Les doses sont ainsi réduites graduellement et la désintoxication de l'organisme peut se faire en cinq à huit jours.

Le traitement est complété par toute thérapeutique particulière que la santé du malade peut nécessiter. Une cure morale de rééducation interviendra ensuite utilement pour prévenir les récidives.

Honoré NADEAU.

J. C. LUKE. **Tetraethyl ammonium chloride. A new drug useful in the field of peripheral vascular diseases.** (Le chlorure de tétraéthyl-ammonium. Un nouveau médicament des maladies de l'appareil vasculaire périphérique.) *Can. Med. Ass. Journal*, 56 : 435, (avril) 1947.

A Ann Arbor, on a expérimenté, dans ces dernières années, un nouveau médicament qui a pour effet de paralyser temporairement le système nerveux autonome. Le blocage se fait au niveau des synapses ganglionnaires et affecte le parasympathique et le sympathique. Il en résulte une vasodilatation intense, une augmentation de la température cutanée, un abaissement de la pression artérielle parfois très marqué chez les hypertendus, une accélération du pouls, une disparition de la transpiration, une sécheresse de la bouche, une paralysie intestinale et une atonie vésicale.

On utilise surtout les effets paralysants du médicament sur le sympathique. La vasodilatation qu'il produit est semblable à celle qui est fournie par le blocage sympathique à la procaïne, l'infiltration locale, l'anesthésie générale ou l'anesthésie spinale.

Cet agent médicamenteux devient un élément diagnostique et, parfois, un moyen thérapeutique dans les diverses maladies, organiques ou fonctionnelles, du système vasculaire et, en particulier, dans la maladie de Raynaud, la maladie de Buerger, l'artério-sclérose oblitérante, l'acrocyanose, le pernion, le pied de tranchée, la thrombo-phlébite, les cau-salgies, l'herpès zoster et les dystrophies sympathiques réflexes.

Le médicament s'administre par les voies intra-veineuse et intra-musculaire. On donne de deux cents à cinq cents milligrammes dans les veines et dix milligrammes par kilogramme de poids du corps par la voie intra-musculaire. On obtient des résultats qui durent de une à six heures, suivant qu'on recherche un effet diagnostique ou un effet thérapeutique. A cause de l'hypotension marquée qui peut en résulter, le patient doit garder la position horizontale aussi longtemps que dure l'action du médicament.

Le produit n'est pas toxique et il s'élimine très rapidement. Son seul inconvénient, c'est la chute de la pression artérielle qui peut être facilement contrebalancée par l'adrénaline.

Le chlorure de tétraéthyl-ammonium est un produit de Parke, Davis & Co. Il est présenté sous le nom de *Etamon*, en solution à 10 p. cent. Il n'est pas encore sur le marché.

Sylvio LEBLOND.

A. R. HUFFORD. Gastric dysfunction of hypoestrogenic origin.

Treatment with Benzestrol. (Le traitement de la dyspepsie par insuffisance oestrogénique par le Benzestrol.) *Journ. of Clinic. Endocrinol.*, 6 : 817, 1947.

On a porté peu d'attention, jusqu'à aujourd'hui, aux troubles digestifs qui accompagnent l'insuffisance oestrogénique. Ceux qui s'en sont occupés ont interprété ces manifestations gastriques comme des conséquences du déséquilibre neuro-végétatif. Chez l'homme, on a déjà constaté que l'administration de l'hormone masculine augmente la quantité et l'acidité de la sécrétion gastrique.

L'auteur a étudié soixante-quatre patientes, dont l'âge variait entre vingt-quatre et quarante-six ans, qui se plaignaient particulièrement de troubles digestifs et qui présentaient des signes évidents ou discrets d'insuffisance oestrogénique. Toutes ces malades subirent des examens complets de l'estomac (explorations fonctionnelle et radiologique du tube digestif) et des examens pour mettre en évidence l'insuffisance ovarienne (biopsie fonctionnelle des muqueuses utérine et vaginale).

Chez toutes ces patientes, on ne trouva aucune cause organique pouvant expliquer les troubles digestifs. Aucune d'elles n'avait pu être soulagée antérieurement par des digestifs, des sédatifs ou des antispasmodiques. Le Stilbestrol avait aggravé les troubles digestifs dans la majorité des cas.

Ces patientes furent soumises à un traitement par le Benzestrol : d'abord, cinq milligrammes, en injections intra-musculaires, une à trois fois par semaine, pendant un à deux mois ; puis, une injection, une à trois fois par mois. Subséquemment, le traitement fut continué par ingestion de comprimés de Benzestrol. Chez les femmes qui avaient encore leurs menstruations régulièrement, le Benzestrol fut administré une semaine après la fin des menstruations.

Comme résultats du traitement, sur 20 patientes n'ayant pas encore atteint la période de la ménopause, 16 furent complètement guéries ; des vingt-trois patientes en état de ménopause, 14 furent également guéries. En plus d'être guéries de leurs troubles digestifs, toutes ces femmes furent soulagées des troubles nerveux et vaso-moteurs dus à l'insuffisance oestrogénique.

Cette action du benzestrol sur les troubles digestifs s'explique grâce au rétablissement de l'équilibre entre le système nerveux et le système vago-sympathique.

Antonio MARTEL.

A. BONNEFOI, et Mme J. GRABAR. **Contrôle de l'efficacité des vaccinations antitypho-paratyphoïdiques : le test de séro-protection.** *Annales de l'Institut Pasteur*, 73 : 259, (mars) 1947.

Personne ne met en doute, actuellement, l'efficacité de la vaccination contre les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes. Les dures conditions subies par des millions d'hommes, au cours de deux dernières guerres, ont la valeur d'une véritable expérience biologique et la disparition des épidémies de fièvre typhoïde dans les armées est une preuve de plus en faveur de la vaccination antitypho-paratyphoïdique par voie parentérale. La vaccination par voie buccale n'a pas encore subi l'épreuve du temps.

Il reste à trouver un moyen de se rendre compte de l'intensité et de la durée d'une vaccination. La présence d'agglutinines dans le sang n'est pas une preuve d'immunité ; elle n'est qu'une réaction de l'organisme à la présence des microbes. C'est là une des conclusions que l'on dégage de nombreux travaux scientifiques européens et américains. Les agglutinines ne protègent pas toujours l'organisme contre l'action pathogène des microbes et la recherche dans le sérum de son pouvoir agglutinant n'implique pas nécessairement pour ce sérum une action protectrice contre une maladie donnée.

Quand on veut savoir si un individu est raisonnablement immunisé contre la fièvre typhoïde ou les fièvres paratyphoïdes, il faut recourir au test de séro-protection largement utilisé par Siler, en particulier. L'épreuve se fait sur la souris. On injecte à cet animal le sérum à éprouver, puis une quantité déterminée, appelée dose minima mortelle, d'une suspension de bacille d'Eberth, par exemple. La souris survit à cette inoculation quand le sérum a un pouvoir protecteur suffisant.

De cette manière, on peut étudier facilement la durée de l'immunisation chez les vaccinés et chez les malades. On s'aperçoit que le pouvoir séro-protecteur persiste beaucoup plus longtemps que le pouvoir agglutinant du sérum.

Le test de séro-protection permet aussi de titrer exactement le pouvoir protecteur du sérum chez tous ceux qui ont été vaccinés ou qui ont fait une fièvre typhoïde.

Henri MARCOUX.

CHRONIQUE, VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Cours spécial sur la tuberculose donné à l'Hôpital Laval
(sous la direction du Dr Roland Desmeules,
professeur de clinique de la tuberculose
à l'Université Laval)

*(Ces cours auront lieu dans l'avant-midi, du 14 au 24 octobre,
et ils s'adresseront aux médecins et aux infirmières.)*

PROGRAMME

LUNDI, LE 13 OCTOBRE :

9 h. 30

Leçon inaugurale : *Généralités sur la tuberculose.* Dr Roland Desmeules.

11 heures

Les bacilles tuberculeux. Dr Maurice Giroux.

MARDI, LE 14 OCTOBRE :

9 h. 30

L'anatomie et la physiologie du poumon et de la plèvre. Dr C.-H. Dorval.

11 heures

Les principaux types anatomo-pathologiques de la tuberculose. Dr Maurice Giroux.

MERCREDI, LE 15 OCTOBRE :

9 h. 30

L'étude radiologique de la tuberculose pulmonaire et pleurale. Dr Jules Gosselin.

11 heures

La primo-infection tuberculeuse de l'enfant et du jeune adulte. Dr Philippe Richard.**JEUDI, LE 16 OCTOBRE :**

9 h. 30

Les formes aiguës de la tuberculose pulmonaire. Dr Louis Rousseau.

11 heures

Les formes chroniques de la tuberculose pulmonaire et leur traitement médical. Dr Roland Desmeules.**VENDREDI, LE 17 OCTOBRE :**

9 h. 30

L'alimentation des tuberculeux. Dr J.-E. Sylvestre.

11 heures

Le traitement chimique et antibiotique de la tuberculose. Dr Maurice Giroux.**SAMEDI, LE 18 OCTOBRE :**

9 h. 30

Le pneumothorax thérapeutique, le monaldi et le pneumopéritoine. Dr Louis Rousseau.

11 heures

Les interventions sur le phrénoïque et la pneumolyse. Dr Jean-Paul Roger.**LUNDI, LE 20 OCTOBRE :**

9 h. 30

La thoracoplastie et la résection pulmonaire. Dr J.-Marie Lemieux.

11 heures

La tuberculose du larynx, de la trachée et des bronches. Dr Jules Hallé.**MARDI, LE 21 OCTOBRE :**

9 h. 30

L'aspect médical des pleurésies tuberculeuses. Dr P. Richard.

11 heures

L'aspect chirurgical des pleurésies tuberculeuses. Dr Jean-Marie Lemieux.

MERCREDI, LE 22 OCTOBRE :**9 h. 30***La tuberculose ostéo-articulaire.* Dr Jean-Paul Roger.**11 heures***La tuberculose génitale chez la femme.* Dr René Simard.**JEUDI, LE 23 OCTOBRE :****9 h. 30***La tuberculose urinaire.* Dr J.-N. Lavergne.**11 heures***La méningite tuberculeuse.* Dr Louis Rousseau.**VENDREDI, LE 24 OCTOBRE :****9 h. 30***La péritonite tuberculeuse et la tuberculose intestinale.* Dr Philippe Richard.**11 heures***La prémunition par le B.C.G. et l'aspect social de la lutte antituberculeuse.* Dr Roland Desmeules.

Nominations

Le Dr Antonio Martel, professeur titulaire à la Faculté et médecin de l'Hôpital du Saint-Sacrement, vient d'être admis au rang des membres de la Société américaine d'Endocrinologie (*American Association for the Study of Internal Secretions*) lors du récent congrès, le 11 juin, à Atlantic City. Son admission fut demandée par les professeurs Selyé et Collip et obtenue sur présentation de titres, et de travaux d'endocrinologie.

Messieurs les Drs Louis-Philippe Roy, chef de Service à l'Hôtel-Dieu, et Antoine Pouliot, chef de Service à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, viennent d'être nommés membres associés étrangers à la Société française d'orthopédie et de traumatologie.

Titre honorifique conféré au professeur Roméo Blanchet

L'Université d'Ottawa vient de décerner à notre professeur de physiologie, le Dr Roméo Blanchet, secrétaire de la Faculté et président du Comité permanent de la Survivance française en Amérique, un doctorat d'honneur en droit. Membre de l'Association des Physiologistes français, de la Société de Chimie biologique de Paris et de la *Canadian Physiological Society*, le docteur Blanchet fait, depuis 1931, un enseignement fécond à la Faculté ; ses occupations administratives et la rédaction du *Laval Médical* ne l'ont pas empêché d'occuper des fonctions sociales de la plus haute importance et c'est à ces nombreux titres que l'Université d'Ottawa lui attribue un honneur si bien mérité.

Prix Casgrain-Charbonneau

Depuis quelques années la maison Casgrain-Charbonneau offre à la Faculté de Médecine de Laval un prix annuel par concours pour un travail original se rapportant à la médecine expérimentale. Ce prix est de cinq cents dollars et il peut être partagé suivant l'importance des travaux présentés.

Cette année, le premier prix revient au Dr Louis-Paul Dugal, o.b.e., professeur titulaire de physiologie de l'acclimatation et directeur adjoint de l'Institut d'Hygiène et de Biologie humaine à la Faculté de Médecine, pour ses recherches sur le rôle de l'acide ascorbique dans la défense contre le froid.

Le Dr Edouard Morin, F.R.C.P.(C.), professeur titulaire de bactériologie et chef des laboratoires de l'Hôpital du Saint-Sacrement, partage, avec le Dr Dugal, le prix Casgrain-Charbonneau pour ses études expérimentales sur la pénicilline comme moyen de purification de la lymphe vaccinale.

Pierre JOBIN.

Dons du Dr Paul Painchaud à la Bibliothèque médicale

MARTINET, A. — **Diagnostic clinique.** Paris, Masson et Cie, 1922.

LYON, Gaston. — **Clinique thérapeutique.** Paris, Masson et Cie, 1902.

BRUNTON, Sir Lauder. — **ACTION DES MÉDICAMENTS.** Paris, G. Carré et C. Naud, 1901.

BURNETT, Charles H. — *An American text-book of surgery*, Philadelphia, W. B. Saunders, 1893.

STRUMPELL, Adolphe. — *Traité de pathologie spéciale et de thérapeutique des maladies internes*, Paris, A. Maloine, 1914.

LE DENTU, et DELBET, Pierre. — *Traité de chirurgie clinique et opératoire*. Paris, J.-B. Baillière et Fils, 1900.

POTTER, Sam'L.O.L. — *Therapeutics, materia medica and pharmacy*. Philadelphia, P. Blakiston's Son and Co., 1917.

WILSON, J. C. — *An American text-book of applied therapeutics*. Philadelphia, W. B. Saunders, 1897.

LITTRÉ, E. — *Dictionnaire de médecine*. Paris, J. B. Baillière et Fils, 1884.

Par une société de médecins et de chirurgiens :

MM. ADELON, ALLARD, ALIBERT... — *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, C. L. F. Panckoucke, 1812.

Prix décernés par la Faculté de médecine en 1946-47

Médaille Fiset

Madaille d'argent M. André MOLGAT (4e).

Médailles du gouvernement français

Médaille d'argent M. Gérard RACINE (4e);
Médaille de bronze M. Robert GARNEAU (2e).

Médaille de l'Internat

M. André MOLGAT (4e).

Prix Morrin

Première année	1er prix	M. Paul CHEVALIER,
	2e prix	M. Rosario DENIS } ex æquo. M. Gaston LEGAULT }
Deuxième année	1er prix	M. Rosario CLAVEAU,
	2e prix	M. Robert GARNEAU ;
Troisième année	1er prix	M. Aubin CHARBONNEAU,
	2e prix	M. André POTVIN ;
Quatrième année	1er prix	M. François CLOUTIER,
	2e prix	M. André LAPONTÉ.

Prix Lemieux

Première année	M. Claude BÉLANGER } ex æquo. M. Paul CHEVALIER }
--------------------------	--

Prix Vézina

Quatrième année	1er prix	M. Jean DELAGE,
	2e prix	M. François CLOUTIER.

Prix Ciba

Quatrième année	1er prix	M. François CLOUTIER,
	2e prix	M. Jean DELAGE.

Prix Nadeau

Première année	1er prix	M. Claude BÉLANGER,
	2e prix	M. Rosario DENIS ;
Deuxième année		M. Paul L'ESPÉRANCE ;
Quatrième année	1er prix	M. François CLOUTIER,
	2e prix	M. Patrick LAUGREA.

Prix Jobin

Première année		M. Jean-Marie LOISELLE.
--------------------------	--	-------------------------

Prix Laënnec

Quatrième année		M. François CLOUTIER.
---------------------------	--	-----------------------

Prix Casgrain et Charbonneau

1er prix	M. Louis-Paul DUGAL, Ph.D.,
2e prix	Dr J.-Édouard MORIN.

Internat rotatif à l'Hôpital Saint-Luc, de Montréal

L'Hôpital Saint-Luc de Montréal considérera les demandes des médecins-internes pour l'internat rotatif dans les différents Services de l'institution. L'Hôpital Saint-Luc a une capacité de 456 lits et est approuvé par le *Canadian Intern Board* de l'Association médicale canadienne en même temps que par l'*American College of Surgeons*. Le département des internes est des mieux organisés. Le salaire est de \$75.00 par mois pour la 1^{re} année et de \$100.00 par mois par la suite. Les demandes écrites devront être adressées au Dr Harold-I. Tétreault, Hôpital Saint-Luc, 1058, rue Saint-Denis, Montréal, P. Q.